

Ректору федерального государственного  
бюджетного образовательного учреждения  
высшего образования «Кировский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской  
Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ  
Минздрава России) Л.М. Железнову

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о согласии на зачисление**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_,

в соответствии с Правилами приема в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России даю  
свое согласие на зачисление меня студентом \_\_\_\_\_ формы обучения  
(очной, заочной)

по одному конкурсу по образовательным программам высшего образования – программам  
бакалавриата, специалитета на направление подготовки / специальность  
\_\_\_\_\_  
(название направления подготовки/специальности)

учитывая условие поступления, основание приема:

- без вступительных испытаний;
- в рамках квоты лиц, имеющих особые права;
- в рамках квоты приема на целевое обучение;
- на основные места в рамках контрольных цифр;
- на места по договорам об оказании платных образовательных услуг.

Достоверность сведений, указанных в заявлении, и подлинность документов, подаваемых  
для поступления, подтверждаю

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

\_\_\_\_\_   
подпись

Подпись ответственного лица приемной комиссии:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

\_\_\_\_\_