

Председателю приемной комиссии  
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»  
Минздрава России академику РАН, профессору  
**Сухих Геннадию Тихоновичу**

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Фамилия, имя, отчество (при наличии)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ В АСПИРАНТУРУ  
НА МЕСТА В РАМКАХ КОНТРОЛЬНЫХ ЦИФР ПРИЕМА ЗА СЧЕТ  
БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА  
НА 2025 ГОД**

Я, \_\_\_\_\_ ,  
даю свое согласие на зачисление на обучение в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России по образовательной программе аспирантуры по группе научных специальностей 3.1. «Клиническая медицина» в рамках приемной кампании 2025/2026 учебного года на места в рамках контрольных цифр приема за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на 2025 год в соответствии с п.6.2 – 6.8 Правил приема.

Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Время: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

√ \_\_\_\_\_  
*подпись поступающего*

**Служебные отметки:**

\_\_\_\_\_  
*Фамилия И.О. сотрудника, принявшего документы*

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
*время получения*