

\_\_\_\_\_

(фамилия)

\_\_\_\_\_

(имя)

\_\_\_\_\_

(отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Гражданин \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность и гражданство

\_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Когда и кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Код подразделения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Прошу допустить меня к аттестационным испытаниям и зачислить в порядке перевода на образовательную программу

\_\_\_\_\_

(код и наименование, при необходимости – профиль, магистерская программа)

на \_\_\_\_\_ курс по очной, заочной, очно-заочной форме обучения  
(*нужное подчеркнуть*)

на бюджетное место, по договору с оплатой стоимости обучения  
(*нужное подчеркнуть*).

В настоящее время являюсь студентом(кой) \_\_\_\_\_ курса

\_\_\_\_\_

(полное наименование вуза)

очной, заочной, очно-заочной формы обучения,  
(*нужное подчеркнуть*)

бюджетное место, по договору с оплатой стоимости обучения  
(*нужное подчеркнуть*)

образовательная программа

\_\_\_\_\_

(код и наименование, при необходимости – профиль, магистерская программа)

« 9 » марта 2016 г.

\_\_\_\_\_

(личная подпись)

О себе дополнительно сообщая:

К заявлению прилагаю документы:

Документ об образовании/  
заверенная копия документа  
об образовании

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование, серия, номер, дата выдачи)

Справку об обучении  
или о периоде обучения

\_\_\_\_\_

(образовательное учреждение, город)

\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата выдачи)

Договор на обучение

Другие документы (перечислить):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ознакомлен (в том числе через информационные системы общего пользования – официальный сайт <http://www.tltsu.ru/>):

- а) с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
- б) с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) или с информацией об отсутствии указанного свидетельства;
- в) с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов

Согласен на обработку моих персональных данных.

«9» марта 2016 г.

\_\_\_\_\_

(личная подпись)

**Отдел медицинской профилактики:**