

Ректору ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России
В.В.Шкарину

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

согласен на зачисление в **МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ** федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

на бюджетные места

на коммерческие места

для обучения по программе среднего профессионального образования - _____
_____ (указать ОДНУ специальность)

Без оригинала документа об образовании недействительно

С Правилами приема в колледж ВолгГМУ ознакомлен.

_____.2024

_____/_____
(подпись) (ФИО)