|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Председателю приемной комиссии  ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России  проф. О.П. Ковтун | | | | | | | |
|  | от | | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | | (ФИО полностью) | | | | | |
|  |  | Дата рождения: | | | | |  | |
|  |  | Документ, удостоверяющий личность: | | | | | | |
|  |  | серия | | |  | номер | |  |
|  |  | Телефон: | | |  | | | |
|  |  | e-mail: | | |  | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об отзыве согласия на зачисление**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Прошу аннулировать мое заявление о согласии на зачисление в ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России для обучения по образовательной программе высшего образования – программе бакалавриата / программе специалитета / программе магистратуры / программе аспирантуры / программе ординатуры: | | | | |
| (нужное подчеркнуть) | | | | |
|  | | | | |
| (указать специальность / направление подготовки)  по очной / заочной форме в соответствии с ранее поданным заявлением о согласии на зачисление от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. | | | | |
|  | | | | |
|  |  |  |  | ( ) | |  |
| (дата) |  | (подпись) |  | (ФИО) | |
|  | | | | |