|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Председателю приемной комиссииФГБОУ 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) |
|  |