|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Регистрационный номер:** | |  | |  |  |
| (заполняется приемной комиссией после регистрации в ЕИС) | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | |  | | Ректору  ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России  проф. О.П. Ковтун | |
|  | | **от** | |  | |
|  | |  | | *(ФИО полностью)* | |
|  | |  | |  | |
| **Дата рождения:** | |  | | | |
| **Место рождения:** | |  | | | |
| **Гражданство:** | |  | | | |
| **Документ, удостоверяющий личность:** | | |  | | |
| **серия** | |  | **номер** |  | |
| **когда и кем выдан:** | |  | | | |
| **СНИЛС** | |  | |  | |
| **Адрес и дата постоянной регистрации:** | | |  | | |
| **Телефон:** |  | | **e-mail:** |  | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к прохождению вступительного испытания в ординатуру в виде тестирования по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название специальности по диплому специалитета)

Дистанционно / очно

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать название вуза, в котором будет проходить тестирование)

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявления:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_