|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю приемной комиссии ФИЦ КНЦ РАН |
|  |  |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество поступающего) |
|  | E-mail: |
|  | Контактный телефон: |
|  |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_**

Прошу зачислить меня в ФИЦ КНЦ РАН на места по договору об оказании платных образовательных услуг на обучение в очной форме по программе магистратуры:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (код и наименование направления подготовки) |
|  |
|  |
| (направленность (профиль)) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |
|  |  |  |
| (подпись и ФИО работника, принявшего документы) |  | (подпись поступающего или доверенного лица) |

Регистрационный номер заявления о приеме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется работником УАиМ ФИЦ КНЦ РАН)