

Регистрационный номер _____

Директору
БПОУ ВО «Острогожский
медицинский колледж»
Борисову Н.Ф.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ОБУЧАТЬСЯ

Я, ФИО _____

Документ, удостоверяющий личность _____

серия _____ номер _____

Адрес _____ телефон _____

Даю согласие на зачисление в БПОУ ВО «Острогожский медицинский колледж» на специальность _____

Очной/очно-заочной формы обучения (нужное подчеркнуть)

1.Обязуюсь предоставить оригинал документа об образовании и (или квалификации) в БПОУ ВО «Острогожский медицинский колледж» в течении первого семестра обучения 2020-2021 уч. года

Подпись абитуриента _____

2.Обязуюсь пройти обязательный предварительный медицинский осмотр в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами в течении первого семестра обучения 2020-2021 уч. года

Подпись абитуриента _____

3. Подтверждаю, что мной не подано и не будет подано уведомление о намерении обучаться в другие образовательные организации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации Воронежской области, местных бюджетов.

Подпись абитуриента _____

4.Ознакомлен, что при выявлении медицинских противопоказаний по результатам прохождения медицинского осмотра, студент может быть переведен по его заявлению в другую образовательную организацию при наличии вакантных мест с сохранением условий обучения (за счет бюджетных ассигнований); при отсутствии вакантных мест в других образовательных организациях студент отчисляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н, как имеющий противопоказания к обучению по данной специальности.

Подпись абитуриента _____

Подпись и ФИО родителя (с расшифровкой) _____
(для несовершеннолетних абитуриентов)

Дата _____