|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Директору  ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России  Беляеву А.М. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| от |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, имя, отчество | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| зарегистрированного(ой) | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | Индекс | | | | |  | | Адрес | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место рождения | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| телефон | | | | | | |  | мобильный телефон | | | | | | | | | | | | | E-mail | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Уровень образования: | | | | | |  | | | | высшее | | | |  | | | специалитет или магистратура | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Документ об образовании: | | | | | | | | | Диплом | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | Серия (при наличии) и номер полностью | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | год окончания | | | | | |  | | полное наименование учебного заведения | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| Паспорт: серия | | |  | | | | | | | | | № |  | | | | | | | | | | выдан |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | | | |  | |  | | | | | | (когда и кем) |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Гражданство | | |  | |

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу принять документы для прикрепления для сдачи кандидатских экзаменов по следующим дисциплинам:

1. История и философия науки
2. Иностранный язык (название)
3. Специальная дисциплина (название)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских (или биологических) наук подготавливается по научной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр и наименование)

**Дополнительно сообщаю и подтверждаю, что:**

|  |  |
| --- | --- |
| Согласен на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на осуществление фотосъемки и использование моего изображения в целях проведения приема и образовательного процесса в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, в соответствии со ст. 152.1 ГК РФ. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись прикрепляющегося лица |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись прикрепляющегося лица

Заявление принято для рассмотрения вопроса о прикреплении

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

подпись Ф.И.О. ответственного лица