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

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу **принять документы** и **допустить** меня **к участию в конкурсе** на право **прикрепления для подготовки диссертации** **на соискание ученой степени кандидата наук** без освоения программ научно-педагогических кадров в аспирантуре по научной специальности **14.01.12 Онкология** отрасль наук **медицинские/ биологические науки.**

**Дополнительно сообщаю и подтверждаю, что:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 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* |
| 1. Об ответственности за недостоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, предоставляемых для поступления ознакомлен (а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись прикрепляющегося лица* |

|  |  |
| --- | --- |
| **О ходе рассмотрения вопроса** о прикреплении и о результате рассмотрения вопроса о | |
| прикреплении прошу информировать меня |  |
| в электронной форме/через операторов почтовой связи общего пользования | |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись прикрепляющегося лица*

Заявление принято для рассмотрения вопроса о прикреплении

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

*подпись Ф.И.О. ответственного лица*