

Ректору ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
д.м.н., профессору Сонису А.Г.

Заявление

Фамилия	Документ, удостоверяющий личность:	
Имя		
Отчество		Серия
Дата рождения		№
Гражданство		Когда и кем выдан
Проживающий(ая) по адресу:		
Адрес электронной почты:		
Контактный телефон _____ (доп. телефон) _____		

Являюсь студентом (полное наименование ВУЗа) _____

Специальность _____, закончил курс _____

Обучаюсь на русском языке , на английской языке

Обучаюсь за счет средств федерального бюджета с полным возмещением затрат

Прошу рассмотреть возможность моего перевода в ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России на специальность _____ курс _____

на места, финансируемые из федерального бюджета с полным возмещением затрат

" ____ " _____ 202_ г

(подпись заявителя)

Ознакомлен(а) со следующими документами ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России:
с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением);
с уставом Университета;
с правилами перевода;
с правилами внутреннего распорядка образовательной организации;
с правилами и условиями обучения в образовательной организации.

(подпись заявителя)

Подтверждаю достоверность и полноту сведений о себе, предоставляю подлинные документы

(подпись заявителя)

Предупрежден(а) о том, что при наличии значительной разницы в объеме освоенной ОПОП, образовательная организация имеет право отказать в переводе

(подпись заявителя)

Осведомлен(а), что после утверждения индивидуального учебного плана и графика ликвидации задолженности, образовавшейся вследствие разницы в учебных планах, с перечнем дисциплин (практик, модулей), подлежащих изучению, их трудоемкости, включая необходимый объем контактной работы, форм промежуточной аттестации (экзамен и/или зачет) с обучающимся по договору об образовании за счет средств физических и (или) юридических лиц заключается дополнительное соглашение к договору об оплате дополнительных занятий в объеме контактной работы с преподавателем в академических часах

(подпись заявителя)

На обработку своих персональных данных согласен(на)

(подпись заявителя)

Председатель (заместитель) аттестационной комиссии

(подпись ответственного лица)

« ____ » _____ 202_ г.