Председателю приёмной комиссии,

ректору ФГБОУ ВО «ГУМРФ

имени адмирала С.О. Макарова»

БАРЫШНИКОВУ С.О.

Заявление о согласии на зачисление

Я,*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*печатными буквами: Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)*

личное дело №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен (согласна) на зачисление на 1курс по следующим условиям: Форма обучения: *очная / заочная (нужное подчеркнуть)*

На места по договорам об оказании платных образовательных услуг

на направление подготовки/специальность*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Обязуюсь в течение первого года обучения пройти медицинскую комиссию плавсостава (при зачислении на специальности 25.05.03, 26.05.05, 26.05.06, 26.05.07)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Подпись поступающего)*

\* Обязуюсь предоставить в Московскую государственную академию водного транспорта - филиал ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова» копию документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления, заверенную в установленном порядке - до 31 декабря 2020 года(при зачислении на места по договорам об оказании платных образовательных услуг)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Подпись поступающего)*

\* Обязуюсь предоставить оригинал договора об оказании платных образовательных услуг в Московскую государственную академию водного транспорта - филиал ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова» до 31 декабря 2020 года (при зачислении на места по договорам об оказании платных образовательных услуг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Подпись поступающего)*

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Подпись поступающего)*