

Директору  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»  
Минздрава России  
академику РАН, проф. Стилиди И.С.  
от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

дата и место рождения \_\_\_\_\_  
гражданство \_\_\_\_\_  
паспортные данные \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

\_\_\_\_\_ (кем и когда выдан)

### З А Я В Л Е Н И Е о согласии на зачисление

Я, (ФИО полностью) \_\_\_\_\_  
даю согласие на зачисление по образовательным программам высшего  
образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в  
аспирантуре по направлению подготовки \_\_\_\_\_

на очную форму обучения (отмечается знаком V):

\_\_\_ на основные места в рамках контрольных цифр приема;

\_\_\_ на места по договору об оказании платных образовательных услуг.

дата

подпись

**Обязуюсь представить в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»  
Минздрава России оригинал документа установленного образца в течение  
первого года обучения.**

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись

**Подтверждаю отсутствие поданных мною в другие организации и не  
отозванных заявлений о согласии на зачисление на обучение по  
программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре.**

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись