**Места в рамках контрольных цифр приема (бюджетные места)**

Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору ДНЦ ФПД Е.В. Полянской

от ,

*(Ф.И.О. поступающего полностью*,

*дата рождения)*

гражданина ,

*(наименование государства)*

паспорт

*(серия, номер, кем, когда выдан)*

Зарегистрирован(а) по адресу:

Адрес фактического проживания (если не совпадает с адресом регистрации):

закончившего

*(наименование вуза)*

в 20 г. по

*(наименование специальности или направления)*

диплом

 ,

*(серия, номер, регистрационный номер, дата выдачи)*

СНИЛС

контактный телефон:

e-mail:

**Заявление**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям в аспирантуру по следующим условиям поступления:

|  |  |
| --- | --- |
| Приоритет |  |
| *(целое число, начиная с единицы)* |
| Научная специальность |  |
| *(шифр и наименование научной специальности)* |
| Конкурс | Профиль: |
|  |
| Форма обучения: очная |
| Вид мест: |
| *(места в рамках контрольных цифр приема или платные места)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Приоритет |  |
| *(целое число, начиная с единицы)* |
| Научная специальность |  |
| *(шифр и наименование научной специальности)* |
| Конкурс | Профиль: |
|  |
| Форма обучения: очная |
| Вид мест: |
| *(места в рамках контрольных цифр приема или платные места)* |

Предупрежден:

Об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления

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

*(Подпись поступающего)*

Ознакомлен:

С правилами приема, утвержденными ДНЦ ФПД, а также с копией устава, с копией лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся

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

*(Подпись поступающего)*

С датой завершения представления согласия на зачисление

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

*(Подпись поступающего)*

Подтверждаю:

Отсутствие диплома об окончании аспирантуры (адъюнктуры), свидетельства об окончании аспирантуры (адъюнктуры), диплома кандидата наук

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

*(Подпись поступающего)*

Дополнительно сообщаю

1. необходимо создание специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья *(да, нет)*
2. почтовый адрес *(указывается по желанию)*:
3. в случае непоступления на обучение или иных случаях прошу возвратить мне оригиналы документов *(указывается способ возврата: лично или почтой)*:

Необходимые для поступления документы прилагаю.

*(подпись) (дата)*

Согласовано:

*(Должность, ученая степень, ученое звание, ФИО (подпись, дата)*

*предполагаемого научного руководителя)*

**Места с оплатой обучения**

Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору ДНЦ ФПД Е.В. Полянской

от ,

*(Ф.И.О. поступающего полностью*,

*дата рождения)*

гражданина ,

*(наименование государства)*

паспорт

*(серия, номер, кем, когда выдан)*

Зарегистрирован(а) по адресу:

Адрес фактического проживания (если не совпадает с адресом регистрации):

закончившего

*(наименование вуза)*

в 20 г. по

*(наименование специальности или направления)*

диплом

 ,

*(серия, номер, регистрационный номер, дата выдачи)*

СНИЛС

контактный телефон:

e-mail:

**Заявление**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям в аспирантуру по следующим условиям поступления:

|  |  |
| --- | --- |
| Приоритет |  |
| *(целое число, начиная с единицы)* |
| Научная специальность |  |
| *(шифр и наименование научной специальности)* |
| Конкурс | Профиль: |
|  |
| Форма обучения: очная |
| Вид мест: |
| *(места в рамках контрольных цифр приема или платные места)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Приоритет |  |
| *(целое число, начиная с единицы)* |
| Научная специальность |  |
| *(шифр и наименование научной специальности)* |
| Конкурс | Профиль: |
|  |
| Форма обучения: очная |
| Вид мест: |
| *(места в рамках контрольных цифр приема или платные места)* |

Предупрежден:

Об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления

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

*(Подпись поступающего)*

Ознакомлен:

С правилами приема, утвержденными ДНЦ ФПД, а также с копией устава, с копией лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся

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

*(Подпись поступающего)*

С датой завершения заключения договора об образовании

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

*(Подпись поступающего)*

Дополнительно сообщаю

1. необходимо создание специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья *(да, нет)*
2. почтовый адрес *(указывается по желанию)*:
3. в случае непоступления на обучение или иных случаях прошу возвратить мне оригиналы документов *(указывается способ возврата: лично или почтой)*:

Необходимые для поступления документы прилагаю.

*(подпись) (дата)*

Согласовано:

*(Должность, ученая степень, ученое звание, ФИО (подпись, дата)*

*предполагаемого научного руководителя)*