Председателю приемной комиссии

ФГБОУ ВО «Курский государственный университет»

Худину А.Н.

**Заявление о согласии на зачисление**

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

(Фамилия, Имя, Отчество)

Номер СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДАЮ СОГЛАСИЕ** на зачисление меня на 1 курс в КГУ на обучение в соответствии со следующими условиями поступления и основаниями приема:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код, направление подготовки (специальность), направленность (профиль) | Форма  обучения  (выбрать и  записать:  очная,  заочная или  очно-заочная) | Конкурс на места в рамках КЦП (бюджетных мест) | | | Конкурс на места с оплатой стоимости обучения |
| в пределах особой квоты | в пределах квоты  приема на целевое обучение | в пределах основных конкурсных мест |
| ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ из заявления о приеме!!! | | поставить отметку Х (крестик) ниже  ТОЛЬКО в ОДНОЙ из ячеек!!! | | | |
|  |  |  |  |  |  |

Поступая на места в рамках контрольных цифр приема, в том числе на места в пределах квот:  
подтверждаю, что у меня отсутствуют действительные (неотозванные) заявления о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования данного уровня на места в рамках контрольных цифр приема, в том числе поданные в другие организации;   
ОБЯЗУЮСЬ в течение первого года обучения представить в организацию оригинал документа установленного образца.

ОБЯЗУЮСЬ пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) при обучении по специальностям и направлениям подготовки, входящим в перечень специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14 августа 2013 г. N 697 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 33, ст. 4398) (далее - соответственно медицинские осмотры, постановление N 697).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(личная подпись поступающего/доверенного лица) (дата)

Заполняется в случае подачи заявления о согласии на зачисление доверенным лицом поступающего:

От имени поступающего доверенное лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) доверенного лица)

Реквизиты доверенности (копия прилагается): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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