|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ректору ФГБОУ ВО "МГУПП"  М.Г. Балыхину  от абитуриента  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ЗАЯВЛЕНИЕ**  **о согласии на зачисление**  1. Даю свое согласие на зачисление в ФГБОУ ВО "МГУПП" на следующие условия поступления: | | | | | |
| **№** | **Заявление**  **№** | **Направление и**  **образовательные программы** | | **Форма обучения** | **На места** |
| 1 |  |  | |  |  |
| 2. Подтверждаю, что мною **не подано (не будет подано)** заявление о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования данного уровня на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации.  3. Обязуюсь в течение первого года обучения:  - представить в ФГБОУ ВО «МГУПП» оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления  - пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования)\* при обучении по специальности/направлению подготовки, входящим в перечень специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 14 августа 2013 г. № 697 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 33, ст. 4398)\*\*. | | | | | |
| «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. | | |  | | |
|  | | | (подпись абитуриента) | | |
|  | | | | | |
| Подпись работника приемной комиссии | | |  | | |

\* Согласно приказу № 547 от 03.04.2020 Минобрнауки, при выявлении медицинских противопоказаний по результатам прохождения медицинского осмотра обучающийся переводится по личному заявлению на другое направление подготовки или специальность, не относящуюся к специальностям, направлениям подготовки, указанным в п. 3\*\* с сохранением условий обучения.