

Председателю приемной комиссии,
директору ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ"
Безменову Петру Васильевичу

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ
поступающего на обучение по договору об оказании образовательных услуг**

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество)

Паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

дата выдачи _____ код подразделения _____

проживающий(-ая) по адресу _____

даю согласие на зачисление в число обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности **Психиатрия** на место по договору об оказании образовательных услуг **очной формы обучения** в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), расположенное по адресу: город Москва, 5-й Донской проезд, дом 21А.

Обязуюсь до начала обучения представить в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»:

- оригинал документа об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня, либо его копию, заверенную в установленном порядке, либо его копию с предъявлением оригинала для заверения копии уполномоченными сотрудниками ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»;
- результаты медицинского осмотра (справка 086/у).

Я уведомлен, что в случае зачисления на обучение за счет средств бюджета города Москвы должен заключить договор с Департаментом здравоохранения города Москвы.

Я заявляю об отсутствии поданных в другие организации и неотозванных заявлений о согласии на зачисление на обучение по программам ординатуры на места в рамках контрольных цифр приема.

(Личная подпись поступающего)

(Расшифровка личной подписи поступающего)

Дата: « ____ » _____ 2026 года

Заявление принял: _____ Дата: « ____ » _____ 2026 года
(Подпись отв. секретаря ПК ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»)