

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

ДИРЕКТОРУ СФ ГАОУ ВО МГПУ  
Г.Е КОЗЛОВСКОЙ

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя, отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г. Место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_ Документ, удостоверяющий личность (вид документа) \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Проживающий(ая) по адресу (с индексом): \_\_\_\_\_

Контактные телефоны (дом., моб.): \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

1. Прошу Вас допустить меня к вступительным испытаниям в (очную/заочную)  
\_\_\_\_\_ аспирантуру по направлению подготовки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ направленность (профиль) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ кафедра \_\_\_\_\_

#### 2. Дополнительно сообщаю:

Образовательное учреждение (наименование) \_\_\_\_\_

окончил в \_\_\_\_\_ году.

Диплом серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Квалификация/степень по диплому \_\_\_\_\_

Наличие опубликованных работ, изобретений, наград и иных индивидуальных достижений  
(имею/не имею) \_\_\_\_\_, прилагаю.

В рамках вступительных экзаменов буду сдавать \_\_\_\_\_ язык.  
(английский/немецкий/французский)

Высшее образование данного уровня получаю впервые

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Обязуюсь предоставить оригинал диплома специалиста/магистра с приложением не позднее 16 августа 2019 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Ознакомлен(на) с лицензией на право ведения образовательной деятельности, Правилами приема, наличием/отсутствием свидетельства о государственной аккредитации, правилами подачи апелляции, датами представления подлинника документа об образовании

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Уведомлен(а) об осуществлении Университетом и Филиалом передачи, обработки и предоставлении персональных данных поступающих без получения согласия на обработку их персональных данных в соответствии с требованиями законодательства РФ в области персональных данных

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Необходимость создания специальных условий при проведении вступительных экзаменов в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью

да / нет

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Об отсутствии у Университета и Филиала общежития извещен(а)

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

В случае не поступления на обучение возврат оригиналов документов при моем личном обращении/обращении уполномоченного мною лица

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись ответственного лица)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)