Директору ФИЦ КазНЦ РАН

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |
| (ф.и.о.. гражданство поступающего) |
|  |  |  |
| (дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность) |
|  |  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Даю согласие на зачисление на обучение по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре на **очную** форму обучения на условиях **договора об оказании платных образовательных услуг**

по направлению

направленность (профиль) программы

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

Подпись поступающего, дата

Обязуюсь:

- в течение первого года обучения пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (при обучении по направлениям 04.06.01 Химические науки и 06.06.01 Биологические науки);

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

Подпись поступающего, дата