



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Российский государственный геологоразведочный университет
имени Серго Орджоникидзе»
(МГРИ)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

в соответствии с Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный геологоразведочный университет имени Серго Орджоникидзе» на 2020/21 учебный год» и Положением о прохождении обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) при приеме на обучение в ФГБОУ ВО «Российский государственный геологоразведочный университет имени Серго Орджоникидзе»

ПОДТВЕРЖДАЮ:

– с «Положением о прохождении обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) при приеме на обучение в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный геологоразведочный университет имени Серго Орджоникидзе» ознакомлен.

«__» _____ 2020 г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

– с перечнем дополнительных противопоказаний, препятствующих освоению образовательной программы _____ ознакомлен.
(указать наименование образовательной программы)

«__» _____ 2020 г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

– обязательство предоставить оригинал документа о прохождении мною обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) в течение первого года обучения.

«__» _____ 2020 г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

ПРОИНФОРМИРОВАН О ТОМ, ЧТО:

в случае наличия у меня дополнительных противопоказаний, препятствующих освоению образовательной программы _____
(указать наименование образовательной программы)

последует перевод на другую образовательную программу или отчисление из Университета.

«__» _____ 2020 г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Копия заключения медицинской организации

предоставлена

_____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

не предоставлена

_____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)