



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 пунктом 61 Правил 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 2021/22 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.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

### ОБЯЗУЮСЬ:

– в течение первого года обучения пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в установленном порядке.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

### ПРОИНФОРМИРОВАН О ТОМ, ЧТО:

в случае выявления у меня дополнительных противопоказаний, препятствующих освоению образовательной программы \_\_\_\_\_  
(указать наименование образовательной программы)  
последует перевод на другую образовательную программу.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

Копия заключения медицинской организации

предоставлена

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

не предоставлена

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)