

# ОТКАЗ

Ректору ФГБОУ ВО ПСПбГМУ  
им. И.П. Павлова Минздрава РФ  
академику РАН, профессору  
С.Ф. Багненко

## ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе от согласия на зачисление

Я, \_\_\_\_\_

№ дела \_\_\_\_\_ прошу аннулировать моё  
заявление о согласии на зачисление, поданное мною " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. на

(↓ выберите **ОДИН** пункт)

<input type="checkbox"/> лечебный факультет	<b>1</b>
<input type="checkbox"/> отделение спортивной медицины лечебного факультета	
<input type="checkbox"/> стоматологический факультет	
<input type="checkbox"/> хозрасчетное отделение стоматологического факультета (для лиц со средним стоматологическим образованием)	
<input type="checkbox"/> педиатрический факультет	
<input type="checkbox"/> отделение адаптивной физической культуры (АФК)	
<input type="checkbox"/> отделение клинической психологии	
<input type="checkbox"/> факультет высшего сестринского образования (ВСО, бакалавриат)	
<input type="checkbox"/> общественное здравоохранение «Управление в здравоохранении» (магистратура)	
<input type="checkbox"/> общественное здравоохранение «Организация работы среднего медицинского персонала» (магистратура)	

(↓ выберите **ОДИН** пункт)

<input type="checkbox"/> на бюджетную основу обучения <b>без вступительных испытаний (олимпиада)</b>	<b>2</b>
<input type="checkbox"/> на бюджетную основу обучения <b>по особой квоте (10%)</b>	
<input type="checkbox"/> на бюджетную основу обучения <b>по целевой квоте</b>	
<input type="checkbox"/> на бюджетную основу обучения <b>(общий конкурс)</b>	
<input type="checkbox"/> на места <b>с оплатой стоимости обучения (общий конкурс)</b>	

Дата: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись поступающего \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Фамилия И.О.