

Ректору ФГБОУ ВО ПСПбГМУ
им. И.П. Павлова Минздрава России Багненко С.Ф.

от _____

(Ф.И.О. обучающегося полностью)
медицинского факультета иностранных студентов по направлению

обучения _____
(указать направление)

(указать форму обучения бюджетная/платная)

(контактный телефон, e-mail)

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. На основании решения **Комиссии по переводам и восстановлению по образовательным программам высшего образования специалитета, бакалавриата, магистратуры № 3/2025** от 17 июля 2025 г. прошу Вас

☐ восстановить меня в число студентов Университета для обучения по основной образовательной программе высшего образования по программе **специалитета/бакалавриата/магистратуры**
(нужное подчеркнуть)

по специальности _____
(указать код, наименование специальности)

курс _____ группа _____ форма обучения бюджетная/платная
(нужное подчеркнуть)

2. Оснований для назначения стипендии *имею/не имею*.
(нужное подчеркнуть)

«_____» _____ 2025 г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Заявление обучающегося поддерживаю, ходатайствую о восстановлении в _____ группу _____ курса медицинского факультета иностранных студентов по направлению обучения

Декан по направлению обучения _____

медицинского факультета иностранных студентов _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Согласовано:

Проректор по международным связям

С.А. Карпищенко