

Ректору ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава
России
д-ру мед. наук, профессору
С.Н. Алексеенко

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Контактный телефон:

Адрес электронной почты:

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе от зачисления
в Кубанский государственный медицинский университет

Я, _____ ,
(Фамилия, имя, отчество поступающего)

отказываюсь от зачисления на обучение по программе подготовки научных и
научно-педагогических кадров в аспирантуре по научной специальности

(шифр и наименование научной специальности)

очной формы обучения

на _____
(места для поступающих в рамках контрольных цифр приема / платные места)

(для поступающих на места в рамках контрольных цифр приема указать:
на основные бюджетные места / на места в пределах целевой квоты)

« ____ » _____ 20____ г.

(подпись / Ф.И.О. поступающего)