

**Ректору Ферганского медицинского института  
общественного здоровья профессору А.А. Сидикову**

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Когда и кем выдан \_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ

Прошу принять меня в Ферганский медицинский институт общественного здоровья на обучение по очной форме по образовательной программе высшего образования по направлению бакалавриата/магистратуры

\_\_\_\_\_ на платно контрактной основе в соответствии правилам обучения граждан зарубежных стран.

О себе сообщаю следующее:

1. Окончил(а) в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_  
(полное официальное название учебного заведения)  
\_\_\_\_\_  
(страна, область, район, город, село)
2. Учебное заведение окончил(а) с аттестатом(дипломом) (нужное подчеркнуть) серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.
3. К заявлению прилагаю следующие документы:
  - копию аттестата/сертификата, диплома с указанием изученных предметов и полученных по ним оценок;
  - национальный и заграничный паспорт (с копиями) или свидетельство о рождении;
  - фото 3,5х4,5 см (снятый в течении последних 6 месяцев).

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.