|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Директору  ГБПОУ «Троицкий медицинский колледж»  Евгению Владимировичу Шишкину |
| Фамилия законного представителя  *(в родительном падеже)* |  | |
| Имя  *(в родительном падеже)* |  | |
| Отчество  *(в родительном падеже)* |  | |
| Фамилия абитуриента  *(в именетильном падеже)* |  | |
| Имя  *(в именительном падеже)* |  | |
| Отчество  *(в именительном падеже)* |  | |
| Дата рождения | «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год | |

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ОБУЧАТЬСЯ**

по программам среднего профессионального образования

в ГБПОУ «Троицкий медицинский колледж»

|  |  |
| --- | --- |
| Специальность |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Я ознакомлен (а) с датой предоставления оригинала документа об образовании, обязуюсь представить документ об образовании, необходимого для зачисления до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись законного представителя*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись поступающего* |
| Подтверждаю, что мною не подано (не будет подано) уведомление о намерении обучаться в другие организации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджета Челябинской области | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись законного представителя*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись поступающего* |
| Сведения, указанные в уведомлении, верные.  Оповещен (а) об ответственности в соответствии с законодательством РФ за предоставление заведомо ложных сведений и подложных документов | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись законного представителя*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись поступающего* |
| Пройти **обязательный предварительный медицинский осмотр** (обследование) при обучении по специальностям, входящим в перечень специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись законного представителя*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись поступающего* |
| Также настоящим подтверждаю, что в случае не выполнения мною обязательств, данных в настоящем уведомлении, даю свое согласие  - на отчисление по собственному желанию (в случае не предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации, не предоставления медицинского заключения) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись законного представителя*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Личная подпись поступающего* |

Уведомление принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственный секретарь П/К \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/О.В.Корчемкина