Директору ЧПОУ

«Медицинский колледж имени Башларова»

Сулемановой Ф.М.

**Уведомление о намерении обучаться**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Уведомляю Вас о намерении обучаться в ЧПОУ «Медицинский колледж имени Башларова» по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(код и название специальности)

В течение **первого года** обучения ОБЯЗУЮСЬ:

- представить в ЧПОУ «Медицинский колледж имени Башларова» **оригинал документа об образовании** и (или) документа об образовании и о квалификации, удостоверяющего наличие общего образования, необходимого для зачисления;

- пройти **обязательный предварительный медицинский осмотр** (обследование);

**ПОДТВЕРЖДАЮ, что МНОЮ НЕ ПОДАНО И НЕ БУДЕТ ПОДАНО**

уведомление о намерении обучатьсяпо программам в другие организации по очной форме обучения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (инициалы, фамилия)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.