

Директору СФНЦА РАН  
Голохвасту К.С.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о согласии поступающего на зачисление на места  
в рамках контрольных цифр приема

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

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

даю согласие на зачисление по основной образовательной программе высшего образования – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре

на направление подготовки / специальность \_\_\_\_\_

по очной форме обучения на места в рамках контрольных цифр приема в федеральное государственное бюджетное учреждение науки Сибирский федеральный научный центр агробиотехнологий Российской академии наук, расположенный по адресу: 360501, Новосибирская обл., р.п. Краснообск.

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ ФИО