

Директору Пятигорского  
медико-фармацевтического  
института - филиала ФГБОУ  
ВО ВолгГМУ Минздрава  
России  
О.А. Ахвердовой

## ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ ОТ ЗАЧИСЛЕНИЯ

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

**отказываюсь от зачисления** в Пятигорский медико-фармацевтический институт - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Университет) в соответствии с ранее поданным заявлением о согласии на зачисление от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. на места в рамках контрольных цифр (бюджетные места):

- в пределах особой квоты
- в пределах специальной квоты
- на основные места в рамках контрольных цифр  
(указать  в соответствии с ранее поданным заявлением о согласии на зачисление)

для обучения по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе бакалавриата/программе специалитета \_\_\_\_\_  
(указать в соответствии с ранее поданным заявлением о согласии на зачисление)

Я уведомлен, что заявление об отказе от зачисления является основанием для исключения поступающего из числа зачисленных на обучение.

О возможности подать заявление о согласии на зачисление на бюджетные места не более трех раз и о дате окончания приема заявлений о согласии на зачисление проинформирован.

\_\_\_\_\_.2022

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)