

Ректору частного учреждения
образовательной организации
высшего образования
«Московский медицинский
университет «Реавиз»

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧЕТЕ В КАЧЕСТВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВСТУПИТЕЛЬНОГО
ИСПЫТАНИЯ РЕЗУЛЬТАТА, ПРЕДУСМОТРЕННОГО ПОДПУНКТОМ "А"
ИЛИ ПОДПУНКТОМ "Б" ПУНКТА 33.2 ПОРЯДКА ПРИЕМА**

От гр. _____

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ (при наличии) Дата рождения _____ Место рождения _____ Пол (м., ж.) _____ Сведения о гражданстве (отсутствии гражданства) _____	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: _____ серия _____ № _____ Когда выдан: _____ Кем выдан: _____ СНИЛС: _____
--	--

Адрес постоянной регистрации (с указанием индекса): _____

(адрес постоянной регистрации, если адрес регистрации и проживания не совпадает – указываются оба адреса)

Адрес проживания: _____

(адрес постоянной регистрации, если адрес регистрации и проживания не совпадает – указываются оба адреса)

Телефон: _____, мобильный _____
(с указанием кода города)

Адрес (адреса) электронной почты _____.

Прошу учесть в качестве результатов вступительного испытания результат тестирования, предусмотренного подпунктом "а" или подпунктом "б" пункта 33.2 Порядка приема для участия в конкурсе по приему на обучение по программе ординатуры, по специальности 31.08. _____ - « _____ »
(код и наименование специальности)

которое проводилось в 2024 г. в _____,
(наименование образовательной организации, в которой проводилось вступительное испытание (тестирование))

с количеством баллов _____, или результат тестирования при прохождении первичной аккредитации в 2024г./2025 г. в образовательной организации _____

с количеством баллов (если известно) _____.

Подпись поступающего (доверенного лица)

_____/_____/_____ "_____" _____ 2025 г.

Подпись ответственного сотрудника приемной комиссии:

_____/_____/_____ "_____" _____ 2025 г.