Ректору

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

М.В. Смагиной

абитуриента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я даю согласие на зачисление в государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный педагогический институт» на очную форму обучения в рамках контрольных цифр приема/по договорам об оказании платных образовательных услуг на специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я обязуюсь:

- предоставить в институт оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления (далее – оригинал документа);

- предоставить в институт оригинал договора оказания платных образовательных услуг в случае поступления на направления (специальности) с оплатой стоимости обучения;

- пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) при обучении по специальностям и направлениям подготовки, входящим в перечень специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования), в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 14 августа 2013 г. № 697 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 33, ст.4398) (далее - медицинские осмотры);

Я подтверждаю, что мною не подано (не будет подано) заявление о согласии на зачисление на обучение по программам среднего профессионального образования данного уровня на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации. \*

дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (Ф.И.О.)