



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
АКАДЕМИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Ж.И. АЛФЕРОВА
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК**

Ректору СПб АУ РАН им.
Ж.И. Алферова
Филимонову А.В.

от абитуриента _____
(Ф.И.О.)

Паспортные данные (серия, номер, когда и кем выдан): _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Выражаю свое согласие на зачисление на обучение по образовательной программе аспирантуры по очной форме обучения на бюджетной основе в рамках общего конкурса по направлению _____

по профилю _____

Обязуюсь представить оригинал документа,
удостоверяющего образование
соответствующего уровня, в течение первого
года обучения

(подпись абитуриента)

Подтверждаю, что Заявление о согласии на
зачисление по программам высшего
образования данного уровня в другие ВУЗы не
подано

(подпись абитуриента)

С информацией об ответственности за
достоверность сведений, указанных в
заявлении, ознакомлен(а):

(подпись абитуриента)

" ___ " _____ 202__г.

Подпись _____ / _____ /

Ф.И.О.