

Директору
ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России
В.В. Дворянчикову

**ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе от зачисления**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

отказываюсь от зачисления в очную аспирантуру на места

_____ (в рамках контрольных цифр приема / в пределах целевой квоты/ по договору об оказании платных образовательных услуг) *(нужное вписать)*

по научной специальности 3.1.3 Оториноларингология.

Я уведомлен(а), что при отказе от зачисления исключаяюсь из числа зачисленных.

« ___ » _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)