

Ректору Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России), академику РАН, проф. Игнатенко Г.А.

Ивановой Марии Ивановны  
фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)

г. Донецк, ул. Свободы, д. 1, кв. 4  
адрес регистрации

г. Макеевка, пер. Зеленой, д. 71, кв. 204  
место проживания

+7-949-000-00-00  
контактный телефон

**заявление.**

Прошу допустить моего сына (мою дочь)

И В А Н О В У          
фамилия

О Л Ь З У            
имя

Ю Р Ь Е В И Ч          
отчество

02 числа 07 месяца 2009 года рождения,

который (-ая) зарегистрирован (-а) по адресу: г. Донецк, ул. Свободы, д. 1, кв. 4

проживает по адресу: г. Макеевка, пер. Зеленой, д. 71, кв. 204

закончил (-а) 9 класс МБОУ «Школа № 4» г. Макеевки  
название образовательной организации, место нахождения, город, село, район

к участию в Конкурсе с целью приема на обучение по образовательным программам среднего общего образования в 10 класс Донецкого медицинского общеобразовательного лицея-предуниверсария ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

С лицензией ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России на осуществление образовательной деятельности по программам среднего общего образования, свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами среднего общего образования, Уставом ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, Положением о Донецком медицинском общеобразовательном лицее-предуниверсарии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен (-а).

Даю свое согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дополнительно к заявлению прилагаю следующие документы:

1. Паспорт (копия)
2. Свидетельство о рождении (копия)
3. ...
4. ...

✓ (дата) ✓ (подпись)