**Приёмной комиссии**

**Ташкентского государственного медицинского университета**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гражданина Республики Узбекистан

дата рождении: . . г

Паспорт серия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявления.**

Прошу Вас разрешить мне принять участие в вступительных экзаменах на совместную образовательную программу Ташкентского государственного медицинского университета и Приволжского исследовательского медицинского университета по направлению «Стоматологическое дело».

Настоящим, осведомлён о том, что в случае поступлние на данную программу мне необходимо будет обучаться два года очно в Приволжском исследовательском медицинском университете (г. Приволжск, Россия).

Также осведомлён, что студент совместной образовательной программы, не может перевестись на другую, не совместную, образовательную программу.

Об условиях и сроках обучения ознакомлен.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. подпись: