

Директору  
Федерального государственного бюджетного учреждения  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
институт физической культуры»  
Воробьеву С.А.

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_ Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан (каким органом и когда) \_\_\_\_\_

Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

Имею высшее образование на уровне **специалиста / магистра** (не нужно вычеркнуть) с  
присвоением квалификации \_\_\_\_\_

Диплом № \_\_\_\_\_ Выдан (дата, кем выдан) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям в аспирантуру института:

форма обучения (не нужно – вычеркнуть):

очная – бюджет

очная – оплата по договору

заочная – оплата по договору

по направлению подготовки \_\_\_\_\_

(код и наименование)

по направленности (профилю) подготовки \_\_\_\_\_

(код и наименование)

В качестве вступительного испытания по иностранному языку буду сдавать (не нужно  
вычеркнуть): **английский / немецкий**.

О себе дополнительно сообщаю: имею опубликованные работы \_\_\_\_\_

(да/нет, количество)

изобретения \_\_\_\_\_

(да/нет, количество)

научные отчеты \_\_\_\_\_

(да/нет, количество)

индивидуальные достижения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(кратко перечислить те достижения, которые подтверждаются прилагаемыми документами)

Прошу обеспечить создание специальных условий при прохождении вступительных испытаний в связи с \_\_\_\_\_ группой инвалидности \_\_\_\_\_  
(указать профиль заболевания)

На время обучения в аспирантуре по очной форме в общежитии (не нужно вычеркнуть) –  
нуждаюсь / не нуждаюсь.

Адрес фактического проживания с указанием почтового индекса \_\_\_\_\_

Контактные телефоны: дом. \_\_\_\_\_ служ. \_\_\_\_\_  
моб. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

В случае моего не поступления на обучение прошу вернуть поданные документы одним из следующих способов:

- лицу, отозвавшему поданные документы или доверенному лицу \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

- через операторов почтовой связи общего пользования \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Я, \_\_\_\_\_ ознакомлен:  
(Ф.И.О. полностью)

- с копией лицензии и приложением к ней на право осуществления образовательной деятельности в ФГБУ СПбНИИФК \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (да/нет; если не ознакомлен, указать причину)

- с копией свидетельства о государственной аккредитации и приложением к ней ФГБУ СПбНИИФК \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (да/нет; если не ознакомлен, указать причину)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_

- с правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (да/нет; если не ознакомлен, указать причину)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_

- с датой завершения представления оригинала документа установленного образца (или их нотариально заверенных копий) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (да/нет; если не ознакомлен, указать причину)

- с датой окончания заключения договора об оплате за обучение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (да/нет; если не ознакомлен, указать причину)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_  
Я, \_\_\_\_\_ даю  
(Ф.И.О. полностью)

согласие на обработку моих персональных данных.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ сообщаю,  
(Ф.И.О. полностью)

что уровень высшего образования по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре получаю впервые и не имею диплома кандидата наук.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ информирован  
(Ф.И.О. полностью)

об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов подаваемых для поступления.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_

### **Решение приемной комиссии**

Допустить к вступительным испытаниям с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Решение приемной комиссии от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Зачислить в аспирантуру на очную / заочную форму обучения (не нужное – вычеркнуть) с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года в рамках контрольных цифр приема за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета / по договору об оказании платных образовательных услуг.

Решение приемной комиссии от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Председатель приемной комиссии \_\_\_\_\_

Приказ о зачислении № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Стипендию выплачивать в размере \_\_\_\_\_ рублей.

Срок окончания аспирантуры « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.