

И.о. ректора федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Пермский
государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации А.С. Благодановой

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

(адрес регистрации по месту жительства)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу восстановить меня на обучение по специальности _____ на
курс _____, _____ формы обучения

(бюджетной или с полным возмещением затрат)
с «___» _____ 20___ г.

Обучался /лась/ в _____
название ВУЗа, СУЗа

Был /а/ отчислен /а/ в _____ году (в _____ семестре), в связи с _____

(причина отчисления)

Обучался /лась/ на бюджетной форме обучения, с полным замещением затрат.
(нужное подчеркнуть)

Прилагаю следующие документы:

Справка об обучении

Копия паспорта

Гражданство _____

Со свидетельством о государственной аккредитации
и лицензией ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России на право ведения образовательной деятельности
в сфере профессионального образования ознакомлен /а/ _____

Высшее профессиональное образование получаю:

впервые не впервые _____

За достоверность предоставленных персональных данных несу
ответственность, предусмотренную законодательством РФ _____

Согласен /на/ на обработку моих персональных данных
в порядке, установленном Федеральным Законом от 27 июля 2006
года № 152 – ФЗ «О персональных данных» _____

Согласен /на/ со сроками обработки персональных данных (в
соответствии с нормативными документами Университета) _____

Согласен /на/ с перечнем действий с персональными данными
(автоматизированная и неавтоматизированная обработка данных в
структурных подразделениях Университета, в образовательных
целях согласно лицензии) _____

С адресом оператора персональных данных: ФЕДЕРАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРМСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.
Вагнера Минздрава России)

ИНН 5902290120/КПП590201001 БИК 015773997

ОКПО 01963404 ОГРН 1025900528873

ул. Петропавловская, 26, г. Пермь, 614990,

тел. (342) 217-20-20, факс (342) 217-20-21

Е- mail: rector@psma.ru

ознакомлен /а/

Дата подачи заявления « ____ » _____ 20 ____ года Подпись
