

Ректору федерального государственного  
бюджетного образовательного учреждения  
высшего образования «Пермский  
государственный медицинский университет  
имени академика Е.А. Вагнера»  
Министерства здравоохранения Российской  
Федерации  
профессору И.П. Корюкиной

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:

1. Копия паспорта;
2. Нотариально заверенная копия перевода паспорта иностранного гражданина на русский язык;
3. Копия визы (при наличии действующей визы);
4. Документ о предшествующем образовании;
5. Нотариально заверенный перевод документа об образовании на русский язык;
6. Справка об обучении
7. Сертификат об отсутствии ВИЧ-инфекции

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/ \_\_\_\_\_  
С правилами подачи апелляции 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 045773001**

**ОКПО 01963404 ОГРН 1025900528873**

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

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

E- mail: [rector@psma.ru](mailto:rector@psma.ru)

ознакомлен /а/

---

Дата подачи заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года      Подпись

---