|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Религиозная организация – духовная образовательная организация высшего образования «Ставропольская духовная семинария Ставропольской и Невинномысской епархии Русской Православной Церкви» |
|  |
| От «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. | Его Высокопреосвященству,Высокопреосвященнейшему Кириллу,Митрополиту Ставропольскому и Невинномысскому,Ректору Ставропольской духовной семинарии |
| Фамилия |  |  |  | Гражданство | РОССИЯ |  |
| Имя |  |  |  | Документ, удостоверяющий личность |  |
| Отчество |  |  |  | *Паспорт РФ* |  |
| Дата рождения |  |  |  | серия |  | № |  |  |
| Место рождения |  |  |  | Когда и кем выдан:  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Проживающего по адресу: |  |
| Телефон : дом. -  |  | сотовый - |  | рабочий - |  |
|  |
| **СОГЛАСИЕ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ**  |
| Даю согласие на мое зачисление по следующим условиям поступления и основаниям приема:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п.п.** | **Условия поступления:****направление подготовки / профиль, форма обучения** | **Основания приема:****особая квота/в рамках КЦП за вычетом особой квоты** | **Согласие на зачисление** |
| 1 | Подготовка служителей и религиозного персонала православного вероисповедания/ очное обучение |  |  |

Обязуюсь в течение первой недели учебного года: - представить в организацию оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления;- представить медицинскую справку по форме 086/, справку об отсутствии постановки на учет в наркологическом диспансере, справку об отсутствии постановки на учет в психоневрологическом диспансере;- предоставить полис медицинского страхования;- пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования).Подтверждаю, что мною не подано (не будет подано) заявление о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования данного уровня на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации.  "\_\_\_" 2020  г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись поступающего) |