|  |
| --- |
| Ректору ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России |
| профессору Р.Е. Калинину |
| от абитуриента |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство (отсутствие гражданства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. Кем выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ ПРИОРИТЕТОВ**

**НА МЕСТА ПО ДОГОВОРАМ С ОПЛАТОЙ СТОИМОСТИ ОБУЧЕНИЯ**

Прошу изменить приоритеты (специальности) в поданном заявлении на поступление

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.

Прошу рассматривать следующий перечень специальностей и приоритеты:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Специальность/направление подготовки** | **№ приоритета**  | **Специальность/направление подготовки** | **№ приоритета**  |
| Лечебное дело |  | Фармация |  |
| Педиатрия |  | Клиническая психология |  |
| Стоматология |  | Сестринское дело |  |
| Медико-профилактическое дело |  |  |  |

 Дата: «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_