

Директору  
ФГБУ «СПб НИИ ЛОР»  
Минздрава России  
В.В. Дворянчикову

**Заявление об отказе от зачисления**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
отказываюсь от зачисления в очную аспирантуру на места

\_\_\_\_\_  
(в рамках контрольных цифр приема / в пределах целевой квоты/ по договору об оказании платных образовательных услуг)  
(нужное вписать)

по научной специальности 3.1.3 Оториноларингология.

Я уведомлен(а), что при отказе от зачисления исключаяюсь из числа зачисленных.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)