

Ректору ПГУ им.Т.Г.Шевченко  
профессору С.И.Берилу  
от  
обучающейся(егося) (название учебного  
заведения в котором учитесь)  
прописанного(ой) по адресу  
(адрес прописки)  
(полные ФИО)

#### Заявление

Прошу зачислить меня в число обучающихся в Юношеской медико-биологической школе медицинского факультета ПГУ им.Т.Г.Шевченко на 2018-2019 учебный год.

Даю согласие на обработку сотрудниками медицинского факультета моих персональных данных.

С Положением о юношеской медико-биологической школе ознакомлен(а).

Дата

Подпись