

Ректору ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ"  
Минздрава России  
Фаррахову А.З.

от

Фамилия \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_ Паспорт \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Место рождения \_\_\_\_\_ Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_  
СНИЛС \_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

Телефон : дом. - \_\_\_\_\_ сот. - \_\_\_\_\_ рабочий - \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу **отозвать** согласие на мое зачисление, поданное (дата \_\_\_\_\_) по следующим условиям и основаниям приема:

	Направление подготовки (специальность)	Форма обучения*	Основание поступления* *	Категория приема	Вид образования
1		ПО			Высшее

\* Для каждого направления подготовки (специальности) указать форму обучения:

Заочная, Очная, Очная (9кл), Очная (Особое право), Очно-заочная

\*\* Для каждого направления подготовки (специальности) указать основание поступления:

Бюджетная основа(Б), Бюджетная основа (9кл)(Б), Квота приема лиц, имеющих особое право(ОП), Полное возмещение затрат(ПО), Целевой прием(ЦП)

" " \_\_\_\_\_ 202\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись поступающего)