

Директору  
Областного государственного  
профессионального образовательного  
бюджетного учреждения  
«Биробиджанский медицинский колледж»  
Е.В. Поповой

### Заявление о согласии на зачисление

Я, \_\_\_\_\_  
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
*(когда и кем выдан)*

Даю согласие на зачисление в ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» по очной форме обучения на специальность:

\_\_\_\_\_ ( «Сестринское дело», «Лечебное дело» )

На места:  финансируемые из бюджета  по договору с оплатой стоимости обучения.

Обязуюсь в течение первого семестра 2026-2027 учебного года:

✓ предоставить в ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» оригинал документа об образовании (аттестат/диплом), указанный в заявлении о приеме;

✓ пройти обязательные медицинские осмотры, результаты которых должны быть внесены в личную медицинскую книжку.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 год

\_\_\_\_\_  
*(подпись поступающего)*