СОГЛАСИЕ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

 Я,

*(фамилия, имя, отчество)*

согласен на зачисление в аспирантуру ФГУП «ЦАГИ» на обучение по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре

по **заочной / очной форме обучения**

 (нужное подчеркнуть)

по программе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 шифр направления расшифровка профиль/направленность шифр

Диплом: серия \_\_\_\_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_