

## З Р А З О К

Генеральному директору  
ДУ «Національний науковий центр  
«Інститут кардіології, клінічної та  
регенеративної медицини імені  
академіка М. Д. Стражеска Національної  
академії медичних наук України»  
академіку В.М. Коваленко

(прізвище, ім'я, по батькові вступника)  
контактний телефон \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА

Прошу допустити мене до складання вступних іспитів до аспірантури ДУ  
«Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини  
імені академіка М. Д. Стражеска Національної академії медичних наук України» зі  
спеціальності **222 Медицина (кардіологія, ревматологія)**

іноземної мови \_\_\_\_\_

(вказати якої)

для вступу на освітньо-наукову програму «Медицина» на  
\_\_\_\_\_ форму навчання

очну (денну)/ заочну

за рахунок \_\_\_\_\_

(бюджетного фінансування, коштів юридичних або фізичних осіб)

Отримав(ла) вищу освіту:

- освітнього ступеня магістр,
- освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст за спеціальністю

\_\_\_\_\_ (код та найменування спеціальності)

\_\_\_\_\_ (назва закладу вищої освіти)

Рік закінчення \_\_\_\_\_

Сертифікат міжнародного зразка з \_\_\_\_\_ мови, (вказати  
якої мови)

B2 - C2 \_\_\_\_\_

(вказати який, ким і коли виданий)

прошу зарахувати замість вступного іспиту з \_\_\_\_\_ мови.  
(вказати якої)

На час вступних іспитів гуртожиток потрібен, не потрібен.

### Повідомляю

■ Ступінь доктора філософії або кандидата наук за бюджетні кошти в аспірантурі:  
(ніколи не здобувався, вже здобутий, здобувався раніше (навчання не завершено), здобуваю в  
іншому ЗВО)

На момент вступу до аспірантури Центру одночасно:

вступаю, не вступаю до аспірантури іншого ЗВО (*потрібне підкреслити*)

|                  |                                |                                              |                                 |
|------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| вступаю          |                                | не вступаю на здобуття ступеня вищої: освіти |                                 |
| бакалавр/магістр | денна/заочна<br>форма навчання | на умовах контракту/за<br>бюджетні кошти     | <i>потрібне<br/>підкреслити</i> |

**3 правилами вступу до аспірантури, описом ОНП, навчальним планом підготовки  
ознайомлений(на)**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_ (підпис вступника)

**ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПРИ ВСТУПІ НА НЕАКРЕДИТОВАНІ ОНП**

Я, \_\_\_\_\_ повідомлений(а), що вступаю на освітньо-наукову програму Медицина, яка на момент вступу до аспірантури не має сертифікату про акредитацію.

Поінформований(а), що відповідно до частини шостої статті 7 Закону України «Про вищу освіту» документ про вищу освіту видається закладом вищої освіти лише за акредитованою освітньою програмою.

\_\_\_\_\_  
(підпис вступника)