

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

**И.О. ректора  
Всероссийского государственного  
института кинематографии  
имени С.А. Герасимова**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован (а) по адресу: индекс \_\_\_\_\_ край (область) \_\_\_\_\_

город (населенный пункт) \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

контактный телефон (с кодом) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие на зачисление в Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Всероссийский государственный институт кинематографии имени С.А. Герасимова" на направление подготовки (специальность) 55.05.01 Режиссура кино и телевидения по программе подготовки **Режиссер мультимедиа**, форма обучения «очная», основа обучения «за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета».

#### **Обязуюсь в течение первого года обучения:**

- представить в Филиал оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления;
- пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) при обучении по специальностям и направлениям подготовки, входящим в перечень специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение, по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования), в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 14 августа 2013 г. N 697 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 33, ст. 4398);

**Подтверждаю**, что мной не подано (не будет подано) заявление о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования данного уровня на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)