



Московский  
Институт  
Психоанализа

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ректору НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»  
Сурату Л.И.

\_\_\_\_\_

фамилия

\_\_\_\_\_

имя

\_\_\_\_\_

отчество

### ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на зачисление

Я,

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

кем \_\_\_\_\_

даю согласие на зачисление по основной образовательной программе высшего образования на:

направление/специальность: \_\_\_\_\_

(код, наименование направления/специальности, уровень обучения)

профиль для магистратуры: \_\_\_\_\_

(наименование профиля полностью)

форма обучения: \_\_\_\_\_

(очная, очно-заочная, заочная (классическая), заочная (вых.дня), заочная с использованием ДОТ)

вид финансирования: \_\_\_\_\_

**по договору об оказании платных образовательных услуг**

в организацию высшего образования НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа» и прилагаю оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись)

(расшифровка подписи)