

## СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

даю свое согласие на предоставление информации, касающейся моих персональных данных об обучении в учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет», и получении диплома серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, а также на предоставление копий документов и информации о документах, на основании которых было осуществлено зачисление в вышеуказанное учреждение образования.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)