Приложение №1

ФОРМА

|  |
| --- |
| Председателю комиссии по допускулиц, не завершивших освоение ООПк осуществлению медицинской (фармацевтической) деятельностиБолотских В.И.Студента (ки) \_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультет / институтФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Заявление

Прошу разрешить мне сдачу экзамена для допуска к осуществлению медицинской (фармацевтической) деятельности на должностях среднего медицинского (фармацевтического) персонала. Необходимые документы прилагаю.

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата

Подпись