Приложение №1

ФОРМА

|  |
| --- |
| Председателю комиссии по допуску  лиц, не завершивших освоение ООП  к осуществлению медицинской (фармацевтической) деятельности  Болотских В.И.  Студента (ки) \_\_\_\_ курса  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  факультет / институт  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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