И.о. ректора ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От соискателя ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

студента\_\_\_курса\_\_\_группы\_\_\_факультета

(ординатора\_\_\_\_\_года обучения,специальность;

врача -ординатора с указанием места работы)

Фактический адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявление

Прошу Вас допустить к сдаче экзамена по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование специальности, по которой предполагается проведение квалификационного экзамена). Ксерокопии (диплома о высшем медицинском образовании ,справка об обучении в образовательной организации),фотография, согласие на обработку персональных данных прилагаются.

Дата Подпись