Председателю комиссии по допуску

лиц к осуществлению медицинской

фармацевтической деятельности на

должностях специалистов со средним

 медицинским или средним фармацевтическим

образованием

д.м.н., доценту, и.о. Ректора ФБГОУ ВО

КемГМУ Минздрава России

Кану С.Л.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО соискателя

 Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Студенты | Ординаторы | Врачи |
| Курс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Группа\_\_\_\_\_\_\_\_ Факультет\_\_\_\_\_\_ | Год обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Какой факультет закончил, год окончания обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

 Нужное заполнить

Заявление

Прошу Вас допустить меня к сдаче экзамена по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, полученным в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием: гигиенист стоматологический.

Приложения:

1) Копия документа, удостоверяющего личность;

2) Документ, подтверждающий освоение образовательной программы в необходимом объеме (Копия зачетной книжки, академическая справка, копия диплома о высшем образовании)

 Дата Подпись