|  |  |
| --- | --- |
|  | Декану лечебного факультетаФГБОУ ВО ЧГМА д.м.н., доценту Цвингер Светлане Матвеевнеот студента лечебного факультета№ группы(ФИО, номер телефона) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**(пишется вручную)**

Прошу разрешить мне, *(ФИО полностью)*, студенту *(№ курса)* курса *(название факультета)*, обучающемуся *(выбрать и написать):*

* *на бюджетной основе*
* *на коммерческой основе*
* *по целевому договору* от (*полное название медицинского учреждения, номер и дата договора*),

в связи с (*указать конкретную причину, например: «необходимостью совмещения обучения с работой в профильном учреждении» / «семейными обстоятельствами» / «медицинскими показаниями» и т.д.*, *причины раскрыть*).

прохождение *(название практики)* практики в (*указывается Чита или конкретная медицинская организация, с которой заключен договор)* в период с *[дата] по [дата].*

Прилагаю следующие документы:

1.

2.

3.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 (подпись) (расшифровка)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Декану педиатрического факультета ФГБОУ ВО ЧГМА к.м.н., доценту Долиной Анне Борисовнеот студента педиатрического факультета№ группы(ФИО, номер телефона) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**(пишется вручную)**

Прошу разрешить мне, *(ФИО полностью)*, студенту *(№ курса)* курса *(название факультета)*, обучающемуся *(выбрать и написать):*

* *на бюджетной основе*
* *на коммерческой основе*
* *по целевому договору* от (*полное название медицинского учреждения, номер и дата договора*),

в связи с (*указать конкретную причину, например: «необходимостью совмещения обучения с работой в профильном учреждении» / «семейными обстоятельствами» / «медицинскими показаниями» и т.д.*, *причины раскрыть*).

прохождение *(название практики)* практики в (*указывается Чита или конкретная медицинская организация, с которой заключен договор)* в период с *[дата] по [дата].*

Прилагаю следующие документы:

1.

2.

3.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 (подпись) (расшифровка)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Декану стоматологического факультета ФГБОУ ВО ЧГМА д.м.н., доценту Миромановой Наталье Анатольевнеот студента стоматологического факультета№ группы(ФИО, номер телефона) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**(пишется вручную)**

Прошу разрешить мне, *(ФИО полностью)*, студенту *(№ курса)* курса *(название факультета)*, обучающемуся *(выбрать и написать):*

* *на бюджетной основе*
* *на коммерческой основе*
* *по целевому договору* от (*полное название медицинского учреждения, номер и дата договора*),

в связи с (*указать конкретную причину, например: «необходимостью совмещения обучения с работой в профильном учреждении» / «семейными обстоятельствами» / «медицинскими показаниями» и т.д.*, *причины раскрыть*).

прохождение *(название практики)* практики в (*указывается Чита или конкретная медицинская организация, с которой заключен договор)* в период с *[дата] по [дата].*

Прилагаю следующие документы:

1.

2.

3.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 (подпись) (расшифровка)