Проректору по последипломному образованию

и развитию регионального здравоохранения,

д.м.н., профессору О.В. Серебряковой

от врача-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОБРАЗЕЦ**

(специальность)

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

(наименование организации)

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**заявление 1**

|  |
| --- |
| Прошу разрешить обучение на цикле повышения квалификации  «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  (наименование цикла)  с …………… по ……………..  **В соответствии с п.4 ст.9 ФЗ РФ от 27.07.2006г №152-ФЗ «О персональных данных» даю письменное согласие на обработку персональных данных**  Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись |

**заявление 2**

|  |
| --- |
| Прошу разрешить обучение на цикле профессиональной переподготовки  «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  (наименование цикла)  с …………… по ……………..  **В соответствии с п.4 ст.9 ФЗ РФ от 27.07.2006г №152-ФЗ «О персональных данных» даю письменное согласие на обработку персональных данных**  Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись |

**заявление 3**

|  |
| --- |
| Прошу выдать дубликат «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (указать вид документа)  по специальности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  (указать специальность)  Годы обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в связи с………………….    **В соответствии с п.4 ст.9 ФЗ РФ от 27.07.2006г №152-ФЗ «О персональных данных» даю письменное согласие на обработку персональных данных**  Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись |