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 |