Проректору по последипломному образованию

и развитию регионального здравоохранения,

д.м.н., профессору О.В. Серебряковой

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

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

(специальность)

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

(наименование организации)

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

**заявление**

|  |
| --- |
| 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 |