|  |  |
| --- | --- |
| МЕСТО ДЛЯ ФОТО | Председателю Комиссии по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского образования, а также лиц с высшим медицинским образованием, к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего персонала, главному врачу Университетской клиники ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова Д. А. Овчинникову  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью, дата рождения) паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (серия и номер паспорта) выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (орган, выдавший паспорт) зарегистрированного по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к сдаче экзамена по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского образования, а также лиц с высшим медицинским образованием, к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала: *медицинская сестра; медицинская сестра палатная (постовая); медицинская сестра перевязочной; медицинская сестра процедурной*. (нужное подчеркнуть)

Прилагаю копию документа об образовании: справку об обучении или о периоде обучения/диплом специалиста № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_