

Директору Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
от родителя (законного представителя)

проживающего по адресу:

Заявление

Прошу зачислить моего сына/дочь на обучение по дополнительной общеобразовательной (общеразвивающей) программе «Профориентационная мастерская: твой путь в медицину»:

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
Телефон	
Эл. адрес	
Школа, класс	

Сведения о родителях:

Отец:

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
Телефон	
Эл. адрес	

Мать:

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
Телефон	
Эл. адрес	

Согласен(на) на обработку своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 202__ г.

_____ / _____ /
подпись

расшифровка