

Ректору
федерального государственного
бюджетного учреждения
высшего образования
«Донецкий государственный
медицинский университет
имени М. Горького»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
проф. Игнатенко Г.А.

ФИО (полностью)
студента (ки) _____

(факультет, курс, группа)

(дата рождения)
проживающего (ей) по адресу: _____

Тел.: _____
(контактный телефон)

E-mail: _____
*(почта, на которую зарегистрирован
аккаунт на ЭИОС)*

Заявление

Прошу пересмотреть выставленные мне результаты экзамена по допуску
лиц к осуществлению _____ деятельности на должностях
специалиста со средним _____ образованием: _____

_____.

Дата сдачи экзамена: _____.

(Дата)

(подпись)

(ФИО)