

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 допустить меня к экзамену по допуску к осуществлению  
медицинской деятельности на должностях специалистов со средним  
медицинским образованием: гигиенист стоматологический.

Прилагаю копии документов:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(название документа, серия, номер, когда и кем выдан)*

2. Копия документа, удостоверяющего необходимый объем образования:

\_\_\_\_\_  
Предполагаемое место работы: \_\_\_\_\_

С функциональными обязанностями ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)