

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: медицинская сестра (медицинский брат); медицинская сестра палатная (постовая) (медицинский брат палатный (постовой)); медицинская сестра перевязочной (медицинский брат перевязочной); медицинская сестра по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи (медицинский брат по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи); медицинская сестра процедурной (медицинский брат процедурной); медицинская сестра приемного отделения (медицинский брат приемного отделения); медицинская сестра участковая (медицинский брат участковый); медицинская сестра патронажная (медицинский брат патронажный); медицинский регистратор.

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)