

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
фармацевтическим образованием: фармацевт.

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)