|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору института\* / медицинского колледжа |
|  |  |
|  | (Ф.И.О. обучающегося полностью в родительном падеже) |
|  | обучающегося |  | курса |  | группы |
|  |  |
|  | (аббревиатура наименования института/колледжа) |
|  | по направлению подготовки / специальности |
|  |  |
|  |  |
|  | (код, наименование направления подготовки/специальности) |
|  | по |  | форме обучения |
|  |  | (очной/заочной/очно-заочной) |  |
|  |  |
|  | (на бюджетной основе / на бюджетной основе (целевой прием) / по договору об оказании платных образовательных услуг) |
|  | контактный тел.  |  |
|  | адрес эл. почты |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу выдать дубликат |  |
|  |
| (студенческого билета / удостоверения аспиранта / удостоверения ординатора) |
| в связи с |  | . |

(указать: утерей / порчей)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |

|  |
| --- |
| Согласовано: |
| Начальник ОКО / Заведующий ОПНПК / Директор института/медицинского колледжа |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |

*\*указать аббревиатуру института*