|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 предоставить заверенную копию зачетной книжки.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Директор института/медицинского колледжа: | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | | | | | | | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Работник учебной части: | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  | |
|  | | | | | | | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) | |

*\*указать аббревиатуру института*