

Ректору ГБОУ ВПО МГМСУ  
им.А.И.Евдокимова  
Минздрава России  
профессору О.О.Янушевичу

от врача \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество полностью)

Наименование вуза, который закончил врач (полное наименование):

\_\_\_\_\_

специальность по диплому \_\_\_\_\_  
год окончания \_\_\_\_\_

(Интернатура, ординатура, аспирантура) по специальности

\_\_\_\_\_ год окончания \_\_\_\_\_

Работающего  
по специальности \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

занимаемая должность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Постоянно проживающего по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас зачислить меня на цикл:

*повышения квалификации, профессиональной переподготовки*  
(нужное подчеркнуть)

Наименование цикла \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сроки проведения с «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Оплату за обучение гарантирую.

Подпись \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Документы о медицинском образовании соответствуют целевой установке цикла (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2009. №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

Зав. кафедрой

Подпись \_\_\_\_\_