Директору

БУ «Нижневартовский

медицинский колледж»

Исупову П.В.

от Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать дубликат сертификата (удостоверения, диплома о профессиональной переподготовке, приложения к диплому, свидетельства), номер бланка сертификата \_\_\_\_\_\_\_\_\_, регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выписанный на имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с утерей оригинала. Утеря произошла при следующих обстоятельствах: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* Даю согласие на обработку персональных данных.

Приложения:

1. Копия утерянного сертификата (при наличии);
2. Копия паспорта;
3. Объявление в газете о признании сертификата недействительным.

Дата *подпись* Ф.И.О.