Директору БУ «Нижневартовский

медицинский колледж»

П.В. Исупову

|  |  |
| --- | --- |
| от обучающегося \_\_\_\_\_\_\_года \_\_\_\_\_группы  период обучения с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_  специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| фамилия |
| имя |
| отчество |

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об обучении в БУ «Нижневартовский медицинский колледж» в количестве \_\_\_\_\_\_ шт.

(указать количество)

Место требования справки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Даю согласие на обработку персональных данных.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. / /

(подпись) (Ф.И.О.)