Директору БУ «Нижневартовский

 медицинский колледж»

П.В. Исупову

|  |
| --- |
|  от обучающегося \_\_\_\_\_\_\_года \_\_\_\_\_группыпериод 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.)