Директору БУ «Нижневартовский

 медицинский колледж»

П.В. Исупову

|  |
| --- |
| от обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_группыСпециальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| фамилия |
| имя |
| отчество |

Приказ о зачислении № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать из зачетной книжки)

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку «О стипендии» за период \_\_\_\_\_\_\_(3, 6, 12 ) месяцев, в количестве \_\_\_\_\_\_ шт.

 (указать количество)

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

Даю согласие на обработку персональных данных.

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

 (подпись) (Ф.И.О.)