|  |
| --- |
| Директору БУ «Нижневартовский медицинский колледж»П.В. Исупову |
| фамилия |
| имя |
| отчество |

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в порядке перевода из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название образовательной организации)

в БУ «Нижневартовский медицинский колледж».

Обучался(ась) по очной/ очно-заочной форме на месте финансируемом за счет

 *(нужное подчеркнуть)*

средств бюджета/ по договору за счет средств оплаты физических и (или)

(нужное подчеркнуть)

юридических лиц по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (код специальности, **наименование специальности)**

на \_\_ курсе, на базе основного общего образования /среднего общего образования.

(нужное подчеркнуть)

* Даю согласие на обработку персональных данных.

Прилагаю следующие документы:

1. Копия академической справки
2. Копия зачетной книжки
3. Копия справки об обучении.
4. Копия документа об образовании (аттестат)

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

 (подпись) (Ф.И.О.)