Директору ФГБНУ   
«НИИГБ им. М.М. Краснова»

Ю. Юсефу

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

Прошу Вас разрешить мне пройти обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**», в объеме \_\_\_\_ **ак.ч.,** **с \_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_г. по **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. на базе ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» на договорной основе. Оплату гарантирую.

Сканы документов прилагаю:

1. документ, удостоверяющий личность и гражданство, с листом регистрации;
2. документ, подтверждающий факт изменения фамилии, имени или отчества, при их смене (при наличии);
3. документ об образовании (диплом);
4. документ об окончании интернатуры / ординатуры;
5. документ специалиста по соответствующей медицинской специальности / свидетельства об аккредитации специалиста.
6. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(подпись) (Фамилия И.О.)*