

Директору ОЦМУ им СВТ. ЛУКИ

Иванову О.Н.

Гр. _____

Заявление.

Прошу зачислить меня в число слушателей «ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» (ОЦМУ им СВТ. ЛУКИ) для обучения по дополнительной образовательной программе профессиональной переподготовки _____

_____ (указать наименование программы)

О себе сообщаю следующие сведения:

Дата и год рождения _____

Паспорт _____, выдан _____

Образование (нужное подчеркнуть):

- среднее профессиональное,
- высшее профессиональное: (бакалавриат, специалитет, магистратура)
- подготовка кадров высшей квалификации (аспирантура, ординатура, адъюнктура),

Полное наименование учебного заведения, специальность, год окончания:

Место работы (для работающих)

занимаемая должность

E-mail:

Контактный телефон _____

Приложение:

1. Копия паспорта (1 стр. и прописка)

2. Копия Документа об образовании (с приложениями)

_____ 20__ г

(дата заполнения явления)

_____ (Подпись)