

Председателю комиссии по допуску лиц, не
завершивших освоение ООП
к осуществлению медицинской деятельности
Воронину И.М.

от _____

Студента(ки) _____ курса Медицинского института
Специальности _____

Заявление

Прошу разрешить мне сдачу экзамена для допуска к осуществлению
медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала.
Необходимые документы прилагаю.

Контактный телефон: _____

Дата

Подпись