

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