Председателю Комиссии по допуску лиц,

не завершивших освоение основных

образовательных программ высшего

медицинского или фармацевтического

образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим

образованием, к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала,

ректору ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России

профессору В.А. Лазаренко

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

Ф.И.О.

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего (ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

студента(ки) \_\_\_\_курса \_\_\_\_группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета

Врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность, место работы

заявление.

Прошу допустить меня к сдаче экзамена по допуску к осуществлению фармацевтической деятельности в должности среднего фармацевтического персонала:

- фармацевта.

С функциональными обязанностями ознакомлен(а).

Настоящим даю согласие на обработку моих персональных данных

Дата Подпись