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