

Председателю Комиссии по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского образования в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с высшим медицинским образованием, полученным в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, к осуществлению медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием, ректору ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России д.м.н., доц. И.В.Ивановой

от _____
(Ф.И.О. полностью)

студента __ курса __ группы _____ фак-та, ординатора __
года обучения по специальности _____,
врача _____

(указать должность и место работы)

иное _____ (отметить нужное)

Дата рождения: _____

Проживающего по адресу: _____

e-mail: _____ Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к **повторной** сдаче экзамена по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского образования в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с высшим медицинским образованием, полученным в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, к осуществлению медицинской деятельности на следующих должностях специалистов со средним медицинским образованием: медицинская сестра; медицинская сестра (медицинский брат); медицинская сестра палатная (постовая) (медицинский брат палатный (постовой); медицинская сестра перевязочной (медицинский брат перевязочной); медицинская сестра по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи (медицинский брат по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи); медицинская сестра процедурной (медицинский брат процедурной); медицинская сестра приемного отделения (медицинский брат приемного отделения); медицинская сестра участковая (медицинский брат участковый); медицинская сестра патронажная (медицинский брат патронажный); медицинский регистратор.

Прилагаю копии документов:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: _____

(серия и номер паспорта, кем и когда выдан)

2. Нотариально заверенный перевод паспорта на русский язык (для иностранных граждан): да / нет (нужное подчеркнуть).

3. Копия документа, подтверждающего освоение образовательной программы высшего медицинского образования в объеме и по специальности, соответствующим установленным требованиям к образованию (нужное подчеркнуть): **справка об обучении или о периоде обучения** № _____ от «__» _____ 20__ г. / **диплом специалиста по специальности** «_____» № _____ от «__» _____ г.

4. _____

Дата: _____ / _____ / _____
подпись _____ Ф.И.О. _____