|  |  |
| --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | Проректору по научной работе  учреждения образования  «Белорусский государственный медицинский университет»  Филонюку В.А.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(фамилия, имя, отчество заявителя)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. +375 |

Прошу разрешить выполнение работы на условиях почасовой оплаты труда по направлению «Научно-ориентированное образование» в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» в 2024/2025 учебном году.

О себе сообщаю следующее:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Образование: |  |
| 1. Ученая степень: |  |
| 1. Ученое звание: |  |
| 1. Основное место работы *(наименование юридического лица):* |  |
| 1. Должность: |  |
| 1. Дата рождения *(дата, месяц, год):* |  |
| 1. Место рождения (*указать полностью страну, область, район, населенный пункт):* |  |
| 1. Прежние фамилии, собственные имена, отчества, даты рождения: |  |
| 1. Идентификационный номер: |  |
| 1. Номер пенсионного удостоверения   (при наличии). Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение: |  |
| 1. Сведения об аспирантах/докторантах,   научное руководство/консультирование которыми осуществляется в настоящее время (ФИО, место обучения) |  |

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

*(подпись) (Ф.И.О.)*

|  |
| --- |
| Начальник отдела научно- |
| ориентированного образования |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.В.Пехтерева |
| \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ |