|  |  |
| --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | Проректору по научной работеучреждения 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\_\_\_\_ |