|  |  |
| --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ | Ректору учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»  Рубниковичу С.П. |
|  |  |
|  | ФИО полностью |
|  |  |
|  | проживающему по адресу: |
|  |  |
|  |  |
|  | тел.моб. |

Прошу провести проверочное испытание и подтвердить квалификацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указывается имеющаяся квалификация)

Порядок проведения проверочного испытания разъяснен.

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

Дата Подпись ФИО