|  |  |
| --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ\_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_ | Ректору учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»д.м.н., профессору Рубниковичу С.П.*должность, место работы*\_\_\_\_\_*ФИО полностью*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*+375 ………* |

Выражаю свое согласие осуществлять научное руководство/научное консультирование аспирантом/докторантом кафедры …. УО «Белорусский государственный медицинский университет» *…ФИО….* по выполняемой диссертации на тему « … » по специальности 14.\_\_.\_\_ – … .

подпись И.О.Фамилия