

Ректору ФГБОУ ВО
«Казанский государственный медицинский
университет» Минздрава России,
профессору Созинову А.С.

от

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения, полных лет: _____

Общий стаж (для циклов профессиональной переподготовки) _____

Стаж по специальности (для циклов повышения квалификации) _____

Контактный телефон: _____

Эл. Почта: _____

Заявление

Прошу Вас зачислить меня на цикл повышения квалификации (профессиональной переподготовки)
(нужное подчеркнуть)
на бюджетной/внебюджетной основе по специальности _____,
на базе
кафедры _____
с _____ по _____.

Согласен (согласна) на обработку и хранение моих персональных данных в соответствии с ФЗ №152-ФЗ «О персональных данных».

Оплату гарантирую.

Дата _____

Подпись _____