

И. о. первого проректора ФГБОУ ВО  
«Казанский государственный медицинский  
университет» Минздрава России,  
Мухарямовой Л.М.

от \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

Номер группы \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

### **Заявление**

Прошу зачислить меня для обучения по дополнительной профессиональной образовательной программе профессиональной переподготовки на внебюджетной основе по специальности «Практическая психология» очной формы обучения на базе кафедры Психиатрии и медицинской психологии с 17.02.2025г. по 30.06.2026г.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_