Председателю Комиссии по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, полученным в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием

Ректору ФГБОУ ВО Казанский ГМУ

Минздрава России

Д.м.н., профессору А.С.Созинову

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Факультет, группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу допустить к сдаче экзамена на право осуществления медицинской (фармацевтической) деятельности на должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прилагаю следующие документы:

1. Согласие на обработку персональных данных для проведения процедуры допуска к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием;

2. Копия паспорта (1-2 стр.);

3. Копия документа, подтверждающего освоение соответствующей образовательной программы в необходимом объеме, в соответствии с настоящей документированной процедурой.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)