Директору ГУ «РНПЦ оториноларингологии»

Гребню Н.И.

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

(ФИО)

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

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

(адрес, номер телефона, E-mail)

(гражданство)

**ЗАЯВКА**

Прошу организовать **стажировку** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название стажировки)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Срок обучения: с \_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Оплату гарантирую.

**О себе сообщаю:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование вуза, который закончил, год окончания, специальность по диплому |  |
| Интернатура по специальности, год окончания |  |
| Ординатура по специальности, год окончания |  |
| Профессиональная переподготовка по специальности, год окончания (если имеется) |  |

Приложение: 1) копия диплома об окончании медицинского вуза (факультета), 2) копия документов об окончании интернатуры / ординатуры и/ или диплома о профессиональной переподготовке, 3) копия трудовой книжки.

**Без этих документов личные заявления на обучение не рассматриваются.**

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_