**Зразок особистої заяви від осіб для зарахування на курси підвищення кваліфікації медичного (фармацевтичного) персоналу**

***Заява пишеться власноруч.***

В.о. ректора Донецького національного медичного університету

проф. Герасименку О.І.

лікаря- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(спеціальність)*

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

*(прізвище, ім’я, по-батькові)*

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

*(дом. адреса)*

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

*(моб.телефон)*

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

 *(місце роботи)*

Прошу зарахувати мене на цикл \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(спеціалізації, тем.удосконалення, стажування)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

 *(назва циклу)*

 на контрактну/бюджетну форму навчанняз \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_р.

Закінчив(ла) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, інтернатуру за

 *(назва факультету) (назва ВНЗ)*

спеціальністю «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в \_\_\_\_\_\_р.

 *(назва спеціальності)*

**Оплату гарантую.** *(для курсантів контрактної форми навчання)*

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

 *(дата) (підпис)*