**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)*