Приложение №3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | Ректору  учреждения образования  «Гродненский государственный  медицинский университет»  выпускника (цы) | | |
|  | | |
| проживающего по адресу: | | |
|  | | |
| контактный телефон:  8 ( ) | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ | | |
| Я, |  | | | | | |
| выпускника(цы) 20 года | | |  | | | факультета, |
| (бюджет, целевая подготовка) | | | | |  | |
| Интернатуру прошел(ла) в учреждении здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  По специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Комиссией распределен(на) (направлен(а)) на первое место | | | | | | |
| работы в учреждение здравоохранения | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
| на должность | |  | | | | |
| К первому месту работы приступил(ла) с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу выдать справку о самостоятельном трудоустройстве в связи с возмещением денежных средств за обучение и расходов на организационно-методическое обеспечение интернатуры и (или) проведение квалификационного экзамена | | | | | | |

Прилагаю следующие документы:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Копия паспорта |  |
| 2. Копия диплома |  |
| 3. Копия сертификата о прохождении интернатуры |  |
| 4. Квитанции об оплате |  |

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

(подпись) (расшифровка подписи)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | Приложение №4  Ректору  учреждения образования  «Гродненский государственный  медицинский университет»  выпускника (цы) | | |
|  | | |
| проживающего по адресу: | | |
|  | | |
| контактный телефон:  8 ( ) | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ | | |
| Я, |  | | | | | |
| выпускника(цы) 20 года | | |  | | | факультета, |
| (бюджет, целевая подготовка) | | | | |  | |
| Интернатуру прошел(ла) в учреждении здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  По специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Комиссией распределен(на) (направлен(а)) на первое место | | | | | | |
| работы в учреждение здравоохранения | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
| на должность | |  | | | | |
| К первому месту работы приступать не планирую.  Прошу выдать справку о самостоятельном трудоустройстве в связи с возмещением денежных средств за обучение и расходов на организационно-методическое обеспечение интернатуры и (или) проведение квалификационного экзамена | | | | | | |

Прилагаю следующие документы:

|  |
| --- |
|  |
|  | 1. Копия паспорта |
|  | 2. Копия диплома |
|  | 3. Копия сертификата о прохождении интернатуры |
|  | 4. Квитанции об оплате |
|  |

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

(подпись) (расшифровка подписи)