

## ЗАЯВЛЕНИЕ

\_\_\_\_\_ (дата)

Ректору  
УО «Гродненский государственный  
медицинский университет»  
В.А.Снежицкому

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. заявителя)

\_\_\_\_\_ (номер телефона с кодом)

\_\_\_\_\_ (e-mail)

Прошу подтвердить факт обучения в учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет» в период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_, факт выдачи диплома о высшем образовании на имя \_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ регистрационный № \_\_\_\_\_ и выписки из зачетно-экзаменационной ведомости от \_\_\_\_\_ регистрационный № \_\_\_\_\_.

Приложение: 1. Копия диплома;  
2. Копия выписки из зачетно-экзаменационной ведомости;  
3. Согласие на обработку персональных данных.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

В случае пересылки документов с использованием средств почтовой связи, доверяю получить пакет документов доверенному лицу:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (паспортные данные: серия, номер, дата и место выдачи, мобильный телефон)