|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование структурного  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подразделения  ЗАЯВЛЕНИЕ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ректору учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет»  профессору Жуку И.Г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Резолюция  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

В связи с необходимостью прохождения диспансеризации прошу освободить от работы сроком на один/два рабочих дня *(указать дату(ы))* с сохранением места работы, должности служащего (профессии рабочего) и среднего заработка.

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

наименование должности работника подпись фамилия, инициалы

Виза руководителя структурного подразделения

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

должность

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

подпись расшифровка подписи

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

дата