|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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