|  |
| --- |
| Директору Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России Ахвердовой О.А. |
| от  |
| (Фамилия, Имя, Отчество) |
|  |
|  |
| паспорт серия\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| выдан  |
|  |
|  |
|  |
| проживающего(-й) по адресу: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Тел.: |
| e-mail: |

|  |
| --- |
| Заявление. |
| Прошу выслать мне выданные на мое имя документы о прохождении обучения по программам дополнительного профессионального образования (диплом, удостоверение о повышении квалификации) |
| почтовым отправлением по адресу:  |  |
|  | (индекс, адрес) |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись Фамилия и инициалы

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

 дата