|  |
| --- |
| 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