|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору ЧОУВО «СПбМСИ»С.Б.Мальцевуот \_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *фамилия*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *имя, отчество*студента \_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_\_ группы, специальность 31.05.01 Лечебное дело очной формы обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *контактный телефон* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу переаттестовать (перезачесть) дисциплины учебного плана на основании

документа о высшем образовании/документа о среднем профессиональном образовании/документа о дополнительном образовании/справки об обучении или о периоде обучения (нужное подчеркнуть), выданных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

наименование учебного заведения

Копию документа об образовании прилагаю.

 . .202 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата подпись