**Председателю аттестационной комиссии**

**по допуску лиц, обучающихся по программам**

**ординатуры, к осуществлению медицинской**

**деятельности на должностях врачей-стажеров**

**ФИО (председателя)**

**от**

**ФИО (обучающегося)**

**год поступления, специальность обучения**

**Заявление**

Прошу Вас допустить меня до аттестации к осуществлению медицинской деятельности на должности врача-стажера по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата

Подпись / Фамилия И.О.)