

заявление.

Я,

фамилия

имя

отчество

Дата рождения:

 .

 .

Наименование документа, удостоверяющего личность _____

Серия

Номер

СНИЛС

(при наличии)

прошу зарегистрировать меня для участия в предпрофессиональном экзамене медицинской направленности.

Я ознакомлен(а) с Положением о проведении предпрофессионального экзамена.

Я предупрежден(а), что повторная сдача экзамена и рассмотрение апелляций по процедуре проведения и результатам экзамена не предусматривается.

Согласие на обработку персональных данных прилагается.

Подпись заявителя _____ / _____ (Ф.И.О.)

Подпись родителя (законного представителя) _____ / _____ (Ф.И.О.)

« _____ » _____ 20__ г.

Контактный телефон

Электронная почта