|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Председателю комиссии по  перераспределению выпускников  учреждения образования  «Гродненский государственный  медицинский университет» | | |
|  | | |
| молодого специалиста, проживающего по адресу: | | |
|  | | |
| контактный телефон:  8 ( ) | | |
|  | | |
| Я, |  | | | | | | | |
| выпускник (ца) 20 года | | |  | | | | | факультета |
| (бюджет, внебюджет, целевая подготовка). | | | | | | |  | |
| Прошел(ла) интернатуру в учреждении здравоохранения | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | |  | |
| по специальности интернатуры | | | | |  | |  | |
| Комиссией по распределению выпускников направлен(а) на первое место | | | | | | | | |
| работы в учреждение здравоохранения | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |
| на должность | |  | | | | | | |
| С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приступил (а) к работе. | | | | | | | |  |
| Прошу перераспределить меня из учреждения здравоохранения | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| в учреждение здравоохранения | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |

Прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

(подпись)

Заведующий интернатурой

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

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г