|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ | Председателю комиссии поперераспределению выпускников учреждения образования «Гродненский государственныймедицинский 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