

## ЗАЯВЛЕНИЕ

(дата)

Директору

УО «Гомельский государственный  
медицинский колледж»

Солонец Г.В.

---

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающего (ей) по адресу:

---

Телефоны:

(домашний с указанием кода населенного пункта )

---

(мобильный с указанием кода  
оператора)

Прошу провести проверочное испытание и подтвердить квалификацию

---

(имеющаяся квалификация, указанная в дипломе)

*специальность*

---

Порядок проведения проверочного испытания разъяснен.

(фамилия, имя, отчество)

подпись