

ЗАЯВЛЕНИЕ

(дата)

Директору

УО «Гомельский государственный
медицинский колледж»

Змушко . . .

(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