|  |
| --- |
| Директору  УО «Гомельский государственный  медицинский колледж»  Солонец Г.В. |
|  |
| Иванова Ивана Ивановича  проживающего по адресу:  ул. Б. Куна, д. 25, кв. 13  246043, г. Гомель |

ЗАЯВЛЕНИЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021

(дата)

Прошу выдать справку о том, что я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О.)

получил среднее специальное образование на платной основе.

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

(подпись) (расшифровка подписи)

К заявлению прилагаю следующие документы:

оригинал и копия паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность).