Начальнику Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас рассмотреть на заседании комиссии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова вопрос о прикреплении к кафедре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название

для подготовки диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук меня, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
 должность, ФИО

по научной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

шифр и наименование

Образование:

(ВУЗ, год окончания, специальность по диплому о высшем образовании)

Планируемое направление научной работы:

Контактная информация: почтовый адрес, телефон (при наличии), факс (при наличии), адрес электронной почты (при наличии).

Способ информирования о ходе рассмотрения вопроса о прикреплении (через операторов почтовой связи общего пользования либо в электронной форме).

С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и приложений к ним ознакомлен(а).

Разрешаю обработку предоставленных мною персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ранее в аспирантуре (адъюнктуре) не обучался(лась), соискательство ученой степени кандидата наук не оформлял(а).

Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

СОГЛАСОВАНО

Начальник кафедры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(линии и подстрочные символы не печатать)

Начальнику Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

**РАПОРТ**

Прошу Вас рассмотреть на заседании комиссии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова вопрос о прикреплении к кафедре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название

для подготовки диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук меня, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
 должность, ФИО

по научной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

шифр и наименование

Образование:

(ВУЗ, год окончания, специальность по диплому о высшем образовании)

Планируемое направление научной работы:

Контактная информация: почтовый адрес, телефон (при наличии), факс (при наличии), адрес электронной почты (при наличии).

Способ информирования о ходе рассмотрения вопроса о прикреплении (через операторов почтовой связи общего пользования либо в электронной форме).

С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и приложений к ним ознакомлен(а).

Разрешаю обработку предоставленных мною персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ранее в аспирантуре (адъюнктуре) не обучался(лась), соискательство ученой степени кандидата наук не оформлял(а).

Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

СОГЛАСОВАНО

Начальник кафедры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(линии и подстрочные символы не печатать)