|  |
| --- |
| Председателю приемной комиссии,  Тюменского кардиологического научного центра  Гапон Людмиле Ивановне |
|  |
|  |
| *от кого фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью* |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об учете результатов вступительных испытаний**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | | |
|  | (Фамилия, имя, отчество полностью) | | | | | | |
| паспортные данные: | | серия |  | № |  | кем и когда выдан |  |
|  | | | | | | | |

прошу учесть в качестве результатов вступительных испытаний:

результаты вступительного испытания в ординатуру, пройденного в году, предшествующем году поступления

результаты тестирования, проводимого в рамках первичной аккредитации специалиста, пройденного в году, предшествующем году поступления в ординатуру

результаты тестирования, проводимого в рамках первичной аккредитации специалиста, пройденного в году поступления

Тестирование проводилось по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*указать специальность)*

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(название организации)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* в \_\_\_\_\_\_\_ году.

Поступающий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

*Подпись ФИО Дата*