Ректору

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

професору Кучину Ю.Л.

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

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

(ПІБ)

 закінчив(ла)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(назва ВНЗ, факультет, рік)

 моб.тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 е-адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заява

Прошу прийняти на розгляд приймальної комісії документи щодо вступу в інтернатуру НМУ імені О.О. Богомольця ***бюджетної форми навчання*** за спеціальністю «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(назва спеціальності)

До заяви додаю:

1. Файл сканкопії паспорту громадянина України *(PDF)*

2. Файл сканкопії диплома та додатку до диплому про вищу медичну (фармацевтичну) освіту *(PDF)*

3. Файл сканкопії сертифікатів про результати складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» та «Крок 2» *(PDF)*

4. Файл сканкопії Довідки, що засвідчує здобуття вищої медичної (фармацевтичної) освіти за державним замовленням *(PDF)*

5. Файл сканкопії наказу департаменту охорони здоров’я про працевлаштування *(PDF)*

6. Файл сканкопії наказу про зарахування на посаду лікаря (провізора)-інтерна з місця працевлаштування *(PDF)*

7. Фото розміром 3Х4

8. В разі необхідності - лист-погодження з МОЗ України для проходження інтернатури в ІПО НМУ імені О. О. Богомольця (для інтернів, які самостійно працевлаштувалися в закладах охорони здоров’я, які підпорядковані іншим міністерствам і відомствам або приватних із зазначенням на яких умовах буде проводитися очна частина навчання – за державні кошти чи за кошти юридичних або фізичних осіб).

9. Інший дозвіл МОЗ

Я згоден(згодна) з Політикою [конфіденційності](http://1622352.o2domain.web.hosting-test.net/Privacy.php).

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

 (дата) (підпис)