

**ФГБОУ ВО РостГМУ  
Минздрава России  
Проректор по акушерству и педиатрии  
(директор НИИАП) Лебеденко А.А.**

\_\_\_\_\_

(занимаемая должность)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

*Заявление*

*Прошу Вас разрешить пройти обучение на бюджетном цикле повышения квалификации по теме*

\_\_\_\_\_

(наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

*- без отрыва от производства, по индивидуальному графику;*

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(контактный телефон)

Согласовано

1. \_\_\_\_\_

(должность руководителя подразделения)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Учтено	Подпись	Дата
Отдел кадров		