

**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 " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

**Согласовано**

1. \_\_\_\_\_ (должность руководителя подразделения)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

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

\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Учтено	Подпись	Дата
Отдел кадров		