|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Проректору по учебно-методической работе | | |
|  |  | | |
|  | (И. О. Фамилия) | | |
|  | выпускника |  | года |
|  |  | | |
|  | *(Ф.И.О. выпускника полностью в родительном падеже)*  направления подготовки / специальности: | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  | *(код, наименование направления подготовки / специальности)* | | |
|  | *(очной / заочной / очно-заочной)*  формы обучения. | | |
|  | контактный тел. |  | |
|  | адрес эл. почты |  | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу в дипломе и в приложении к диплому о высшем образовании и о квалификации указать мою фамилию, имя, отчество (при наличии) по данным национального паспорта:

|  |  |
| --- | --- |
| тип |  |
| код |  |
| № |  |
| Орган, выдавший паспорт |  |
| Срок действия |  |

(дата выдачи)

в русскоязычной транскрипции:

|  |  |
| --- | --- |
| ФАМИЛИЯ |  |
| ИМЯ |  |
| ОТЧЕСТВО (при наличии) |  |
|  | (при отсутствии отчества поставить прочерк) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | | | | | | | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Директор института /  медицинского колледжа: | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | | | | | | | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |
| Работник учебной части: | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | | | | | | | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |