|  |  |
| --- | --- |
|  | Проректору по учебно-методической работе |
|  |  |
|  | (Ф.И.О. обучающегося полностью в родительном падеже) |
|  | обучающегося |  | курса |  | группы |
|  |  |
|  | (аббревиатура наименования института/колледжа) |
|  | по направлению подготовки / специальности |
|  |  |
|  |  |
|  | (код, наименование направления подготовки/специальности) |
|  | по |  | форме обучения |
|  |  | (очной/заочной/очно-заочной) |  |
|  |  |
|  | (на бюджетной основе / на бюджетной основе (целевой прием) / по договору об оказании платных образовательных услуг) |
|  | контактный тел.  |  |
|  | адрес эл. почты |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить диплом/документ о предыдущем образовании (*нужное отметить*) через оператора почтовой связи общего пользования заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении по адресу:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

(адрес выпускника: улица, дом, квартира/офис(кабинет), населенный пункт, субъект Российской Федерации, индекс)

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

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

*Заявления, не представленные выпускниками в СурГУ лично, подлежат заверению* ***у нотариуса.***