**Форма заявления физического лица**

**на стажировку за счет собственных средств**

Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

Кротковой Е.Н.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество заявителя

работающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место работы, должность (полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу принять на стажировку по образовательной программе стажировки руководящих работников и специалистов «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

полное название образовательной программы стажировки

с\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Необходимость в общежитии (гостинице): да (нет).

Оплату гарантирую.

Договор об оказании услуг при реализации образовательных программ на платной основе прилагается.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись инициалы, фамилия

Мобильный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_