Директору ГБОУ Школа № 947
Кассель М.А.

_____

от _____

заявление.

Я, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

фамилия

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

имя

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

отчество

Дата рождения: | Ч | Ч | . | М | М | . | | | Г | Г |

Наименование документа, удостоверяющего личность _____

Серия | | | | | **Номер** | | | | | | | | | | |

СНИЛС | | | | | | | | | | | |
(при наличии)

прошу зарегистрировать меня для участия в предпрофессиональном экзамене медицинской направленности.

Наименование образовательной организации, на базе которой планируется сдача практической части экзамена

_____

_____

Я ознакомлен(а) с Положением о проведении предпрофессионального экзамена.

Я предупрежден(а), что повторная сдача экзамена и рассмотрение апелляций по процедуре проведения и результатам экзамена не предусматривается.

Согласие на обработку персональных данных прилагается.

Подпись заявителя _____/_____(Ф.И.О.)

Подпись родителя (законного представителя) _____ /_____ (Ф.И.О.)
«____» _____ 20___ г.

Контактный телефон | | (| | | |) | | | | - | | | - | | |

Электронная почта | | | | | | | | | | | | | | | |