

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

\_\_\_\_\_ *(дата)*

Ректору учреждения образования  
«Белорусский государственный  
медицинский университет»  
Рубниковичу С.П.

\_\_\_\_\_ *(фамилия, собственное имя, отчество полностью)*

проживающего(ей) по адресу

\_\_\_\_\_ *(адрес)*

\_\_\_\_\_ *(контактный телефон)*

\_\_\_\_\_ *(адрес эл. почты (e-mail))*

Документ, удостоверяющий личность  
(вид, серия (при наличии), номер, дата выдачи,  
наименование государственного органа его  
выдавшего, идентификационный номер  
(при наличии):

Прошу выдать мне, \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, собственное имя, отчество заявителя полностью)*

\_\_\_\_\_ *(наименование запрашиваемого документа)*

Обучался(лась) в Белорусском государственном медицинском университете  
с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ факультете,  
*(годы обучения)* *(наименование факультета)*

проходил(ла) подготовку в интернатуре/клинической ординатуре с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
по специальности \_\_\_\_\_  
*(наименование специальности)*

Справка/выписка запрашивается для представления в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(государственный орган, организация, куда будет представляться документ)*

К заявлению прилагаю: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(подпись)*

\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*