**Председателю аккредитационной комиссии Минздрава Российской Федерации**

**для проведения аккредитации специалистов в Самарской области**

**В.М.Пятикоп**

**Директору ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»**

**И.В.Егорову**

**от выпускника ГБПОУ «Тольяттинский медколледж» 2018 года**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ФИО полностью)**

**Заявление.**

Прошу выслать мне по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(индекс, адрес)**

ценным отправлением наложенным платежом свидетельство об аккредитации специалиста, оформленное на мое имя.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Дата) (Подпись)**