

Председателю Комиссии по допуску к  
осуществлению медицинской деятельности на  
должностях среднего медицинского персонала:  
медицинская сестра;  
медицинская сестра палатная (постовая);  
медицинская сестра перевязочной;  
медицинская сестра (фельдшер) по приему  
вызовов скорой медицинской помощи и  
передаче их выездным бригадам скорой  
медицинской помощи;  
медицинская сестра процедурной;  
медицинская сестра приемного отделения;  
медицинская сестра участковая;  
медицинская сестра патронажная;  
медицинский регистратор  
Ректору ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.  
Разумовского Минздрава России  
А.В.Еремину

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(факультет, курс, группа)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения, адрес регистрации)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к сдаче экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности на следующих должностях среднего медицинского персонала: медицинская сестра; медицинская сестра, медицинская сестра палатная (постовая), медицинская сестра перевязочной, медицинская сестра (фельдшер) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи, медицинская сестра процедурной, медицинская сестра приемного отделения, медицинская сестра участковая, медицинская сестра патронажная, медицинский регистратор.

Прилагаю копии документов:

1. Копия документа удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
(название документа, серия, №, когда, кем выдан)

2. Копия документа удостоверяющего необходимый объем образования (нужное подчеркнуть): справка об обучении/диплом о высшем медицинском образовании № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Настоящим даю свое согласие на обработку моих персональных данных \_\_\_\_\_  
(подпись)

С правилами проведения экзамена ознакомлен (а) \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка)

Председателю Комиссии по допуску к  
осуществлению медицинской деятельности на  
должности среднего медицинского персонала -  
гигиенист стоматологический  
Ректору ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.  
Разумовского Минздрава России  
А.В.Еремину

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(факультет, курс, группа)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения, адрес регистрации)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к сдаче экзамена по допуску к осуществлению  
медицинской деятельности на должности среднего медицинского персонала - гигиенист  
стоматологический.

Прилагаю копии документов:

1. Копия документа удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(название документа, серия, №, когда, кем выдан)

2. Копия документа удостоверяющего необходимый объем образования (нужное  
подчеркнуть): справка об обучении/диплом о высшем медицинском образовании  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Настоящим даю свое согласие на обработку моих персональных данных \_\_\_\_\_  
(подпись)

С правилами проведения экзамена ознакомлен (а) \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Председателю Комиссии по допуску к  
осуществлению фармацевтической  
деятельности на должности среднего  
фармацевтического персонала – фармацевт  
Ректору ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.  
Разумовского Минздрава России  
А.В.Еремину

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(факультет, курс, группа)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения, адрес регистрации)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к сдаче экзамена по допуску к осуществлению фармацевтической деятельности на должности среднего фармацевтического персонала – фармацевт.

Прилагаю копии документов:

1. Копия документа удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(название документа, серия, №, когда, кем выдан)

2. Копия документа удостоверяющего необходимый объем образования (нужное подчеркнуть): справка об обучении/диплом о высшем фармацевтическом образовании № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Настоящим даю свое согласие на обработку моих персональных данных \_\_\_\_\_  
(подпись)

С правилами проведения экзамена ознакомлен (а) \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Председателю Комиссии по допуску к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала: помощник: врача-эпидемиолога, врача-паразитолога, врача по гигиене детей и подростков, врача по гигиене питания, врача по гигиене труда, врача по гигиеническому воспитанию, врача по коммунальной гигиене, врача по общей гигиене, врача по радиационной гигиене, медицинский дезинфектор, помощник энтомолога  
Ректору ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России  
А.В.Еремину

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(факультет, курс, группа)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения, адрес регистрации)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к сдаче экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности на следующих должностях среднего медицинского персонала: помощник: врача-эпидемиолога, врача-паразитолога, врача по гигиене детей и подростков, врача по гигиене питания, врача по гигиене труда, врача по гигиеническому воспитанию, врача по коммунальной гигиене, врача по общей гигиене, врача по радиационной гигиене, медицинский дезинфектор, помощник энтомолога.

Прилагаю копии документов:

1. Копия документа удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(название документа, серия, №, когда, кем выдан)

2. Копия документа удостоверяющего необходимый объем образования (нужное подчеркнуть): справка об обучении/диплом о высшем медицинском образовании № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Настоящим даю свое согласие на обработку моих персональных данных \_\_\_\_\_  
(подпись)

С правилами проведения экзамена ознакомлен (а) \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_