



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
170100, г. Тверь, улица Советская, дом 4

Председателю приемной комиссии,
ректору ФГБОУ ВО
Тверского ГМУ Минздрава России,
профессору, доктору медицинских наук
Сонису А.Г.

от

Фамилия	Документ, удостоверяющий личность
Имя	серия номер
Отчество	кем выдан
СНИЛС	дата выдачи
Телефон	Электронная почта

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу учесть в качестве результатов вступительного испытания на обучение по программам ординатуры:

	да /нет	если «да»		
		наименование организации, где проходило или будет проходить вступительное испытание	кол-во баллов	реквизиты документа (дата, номер, кем выдан)
результаты тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления				
результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, пройденного в году, предшествующем году поступления, или в году поступления				
результаты тестирования, которое я пройду в год поступления				

Подпись поступающего _____

(расшифровка подписи)

«__» _____ г.