



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
Чичановской Л.В.**

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 (доверенного лица) _____

(расшифровка подписи)

« » _____ 2024 г.

Реквизиты доверенности (в случае подачи документов доверенным лицом)
