Директору ГБПОУ Чайковский медицинский колледж»

Т.А. Козловой

обучающейся(гося)\_\_\_\_\_ курса

группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О.)

Контактный тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу Вас отчислить меня из числа обучающихся \_\_\_курса группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_ специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с *(указать причину)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(по собственному желанию/перевод в другую организацию)

Обучался(ась) на бюджетной (платной) основе.

Задолженности по оплате не имею *(для обучающихся на платной основе)*

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

(дата) (подпись)