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)