**И.о. зам.директора по учебной работе**

**Чайковского медицинского колледжа**

**Н.Н.Токаевой**

 **студента(ки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ курса**

 **группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Ф.И.О.) Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**заявление.**

Прошу предоставить мне копию диплома / приложения для предоставления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (место предоставления).

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

 (подпись) (дата)