|  |
| --- |
| Ректору ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России  профессору С.В. Шлык  аспиранта/докторанта/ прикрепленного лица/ассистента/доцента кафедры  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО полностью)* |

З А Я В Л Е Н И Е[[1]](#footnote-1)

Прошу провести рассмотрение выполненной мной диссертации на соискание ученой степени кандидата/доктора медицинских наук на тему: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» по научной специальности

Подпись соискателя ученой степени \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись научного руководителя/консультанта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись начальника отдела подготовки научных

и научно-педагогических кадров управления

научной политики и организации научных исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Форма заявления о проведении рассмотрения диссертации по месту выполнения заполняется рукописно [↑](#footnote-ref-1)