|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору ФГБОУ ВО  «Чувашский государственный университет  имени И.Н. Ульянова»  А.Ю. Александрову |
|  | обучающегося IV курса,  группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    факультета медицинского  бюджетной (контрактной) формы обучения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. полностью)  № телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**заявление.**

Прошу считать **базой** прохождения производственной **практики** в период

с 30.06.2025 г. по 12.07.2025 г. в БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Чувашская Республика.

Все расходы, связанные с проездом к месту проведения практики и обратно, а также расходы по проживанию в месте проведения практики, беру на себя.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись обучающегося | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расшифровка подписи |
| **Визы:** |  |  |
| И.о. зав. кафедрой, д.м.н. проф. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись | \_\_\_Гунин А.Г.\_\_\_  расшифровка подписи |