|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Проректору по учебно-методической работе | | |
|  |  | | |
|  | (И. О. Фамилия) | | |
|  | выпускника |  | года |
|  | Фамилия |  | |
|  | Имя |  | |
|  | Отчество |  | |
|  | контактный тел. |  | |
|  | адрес эл. почты |  | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прошу выдать мне дубликат (нужное отметить) | □ | диплома с приложением |
| □ | приложения к диплому |
| в связи с (нужное отметить) | □ | утратой |
| □ | порчей |
| □ | обнаружением ошибок после выдачи |
| □ | изменением фамилии (имени, отчества) (*нужное подчеркнуть*) |

Дополнительные сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| Год окончания |  |
| Код, наименование специальности |  |
| Число, месяц и год рождения |  |
| Диплом был выдан на фамилию |  |

Способ получения дубликата (нужное отметить):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | лично | |
| □ | доверенному лицу (по нотариальной доверенности) | |
| □ | выслать по адресу: | |
| индекс |  |
| регион (область, край, республика) |  |
| населенный пункт |  |
| улица |  |
| дом |  |
| корп. |  |
| кв. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | | | | | | | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Директор медицинского колледжа: | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | | | | | | | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |
| Работник учебной части: | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  | 20 |  | г. |  | / |  |
|  | | | | | | | (подпись) |  | (И. О. Фамилия) |

*Примечания: 1. В случае с перемены фамилии (имени, отчества) к заявлению должна быть приложена копия свидетельства о перемене имени (о заключении брака, расторжении брака и т.п.). 2. Заявления, отправленные через оператора почтовой связи, должны быть заверены нотариусом.*