|  |  |
| --- | --- |
|  | Министру здравоохранения Свердловской области А.А. Карлову |
|  | от |  |
|  | (Ф.И.О. полностью) |
|  | окончил(-а) |  |
|  |  (указать курс и факультет) |
|  | форма обучения |  |
|  |  | (областной бюджет / федеральный бюджет) |
|  | прикреплен(-на) к |  |
|  |  (наименование учреждения |
|  | в соответствии с договором) |
|  | Номер СНИЛС: |  |
|  | Контактный телефон: |  |
|  | Адрес эл. почты: |  |
|  | Адрес места жительства: |  |
|  |  |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я прошу

(Ф.И.О. полностью)

перераспределить меня из

 (указать полное наименование медицинского учреждения в соответствии с договором)

в

(указать полное наименование медицинского учреждения)

в связи с

(указать основания для перераспределения)

К заявлению прилагаю следующие документы (копии документов):

|  |  |
| --- | --- |
| 1) |  |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| 5) |  |
| 6) |  |
| 7) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия И.О.) |