Приложение №4

|  |
| --- |
| Ректору Ташкентской медицинской академии Л.Н.Туйчиеву |
| (фамилия, имя, отчество претендента) |
| Дата рождения: Гражданство: |
| Паспорт: серия номер |
| Кем и когда выдан:  |
| Сведения об осваиваемой образовательной программе и исходной организации : |
|  |
| Почтовый адрес:  |
| Электронный адрес: |
| Контактные телефоны:  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к конкурсным испытаниям, для поступления на инновационную образовательную программу «Тиббиёт келажаги» в 2019-2020 учебном году.

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. Подпись претендента