

Ректору ФГБОУ ВО ПСПбГМУ  
им. И.П. Павлова Минздрава России Багненко С.Ф.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося полностью)  
медицинского училища

\_\_\_\_\_  
(указать форму обучения бюджетная/платная)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон, e-mail)

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**1.** На основании решения **Комиссии по переводам и восстановлению по образовательным программам среднего профессионального образования № 2/2024** от 26 июля 2024 г. прошу Вас

восстановить меня в число студентов Университета для обучения по основной образовательной программе среднего профессионального образования

по специальности \_\_\_\_\_  
(указать код, наименование специальности)

курс \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_ форма обучения бюджетная/платная  
(нужное подчеркнуть)

**2.** Оснований для назначения стипендии **имею/не имею**.  
(нужное подчеркнуть)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

*Заявление обучающегося поддерживаю, ходатайствую о восстановлении в \_\_\_\_\_ группу  
\_\_\_\_\_ курса медицинского училища*

Директор медицинского училища

И.С. Головорушкина

Согласовано:

Проректор по учебной работе

А.И. Яременко