|  |  |
| --- | --- |
|  | Декану факультета учебно-профессиональных практик  Войновой С.Е.  от студента  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_формы обучения  Факультета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО) |

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу рассмотреть возможность аттестации по практике (указать вид практики) на основании предыдущего образования.

Основание: диплом о (указать предыдущее образование) серия № от \_\_\_, указать регистрационный номер.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)