

Председателю аккредитационной комиссии

_____ (инициалы, фамилия)

от _____

_____ (фамилия, имя, отчество)

тел. _____

адрес электронной почты: _____

(СНИЛС) страховой номер индивидуального
лицевого счета _____

дата рождения _____

индекс и адрес регистрации _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе в прохождении аккредитации специалиста

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что отказываюсь проходить аккредитацию в Частном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Академия медицинского образования имени Ф. И. Иноземцева»

Причина отказа в прохождении аккредитации специалиста:

(Ф.И.О.)

(подпись)

«__» _____ 20__ г.