

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ



БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

**«ХАНТЫ-МАНСИЙСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

« ____ » _____ 20 ____ г.

№ _____

**СПРАВКА
О ПЕРИОДЕ ОБУЧЕНИЯ**

Фамилия Имя Отчество	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Дата рождения	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Предьдущий документ об образовании	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Сведения о поступлении	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Направление / специальность	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Уровень образовательной программы	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Нормативный срок освоения основной образовательной программы профессионального образования по очной форме обучения	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>

Курсовые работы (проекты)	Оценка
Практики	Оценка
Итоговые государственные экзамены	Оценка
Выпускная квалификационная работа	Оценка
Дополнительная информация	

Ректор _____

Декан лечебного факультета _____

Секретарь _____

Сведения об освоении основной образовательной программы профессионального образования за время обучения

Наименование дисциплин (модулей) / разделов основной образовательной программы профессионального образования	Зачетные единицы	Общее кол-во часов	Оценка

Всего

в том числе аудиторных

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ



БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

**«ХАНТЫ-МАНСИЙСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

« ____ » _____ 20 ____ г.

№ _____

**СПРАВКА
ОБ ОБУЧЕНИИ**

Фамилия Имя Отчество	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Дата рождения	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Предьдущий документ об образовании	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Сведения о поступлении	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Направление / специальность	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Уровень образовательной программы	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Нормативный срок освоения основной образовательной программы профессионального образования по очной форме обучения	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>

Курсовые работы (проекты)	Оценка
Практики	Оценка
Итоговые государственные экзамены	Оценка
Выпускная квалификационная работа	Оценка
Дополнительная информация	

Ректор _____

Декан лечебного факультета _____

Секретарь _____

Сведения об освоении основной образовательной программы профессионального образования за время обучения

Наименование дисциплин (модулей) / разделов основной образовательной программы профессионального образования	Зачетные единицы	Общее кол-во часов	Оценка

Всего

в том числе аудиторных

* - Приказ об отчислении ...

Приложение № 3

Ректору
БУ «Ханты-Мансийская
государственная медицинская академия»
ФИО

Заявление

Прошу выдать мне справку о периоде обучения с перечнем дисциплин.

«__» _____ 20__ г.

Подпись

СОГЛАСОВАНО:

Декан лечебного факультета _____ ФИО

«__» _____ 20__ г