|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору ФГБОУ ВО  «Чувашский государственный университет  имени И.Н.Ульянова»  Александрову А.Ю.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_ курса,  группы \_\_\_\_\_\_\_\_  факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,  (Ф.И.О. полностью)  № телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**заявление.**

Прошу считать **базой** прохождения **производственной практики**   
**(клиническая практика по стоматологии общей практики)** в период с \_\_ \_\_\_\_\_\_\_2023 г. по \_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(полное наименование организации)

**Все расходы, связанные с проездом к месту проведения практики и обратно, а также расходы по проживанию в месте проведения практики, беру на себя**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись обучающегося | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расшифровка подписи |
| **Визы:** |  |  |
| Заведующий кафедрой | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расшифровка подписи |
| Руководитель практики  от Университета | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расшифровка подписи |