|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 практикиот Университета | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка подписи |