Председателю аккредитационной подкомиссии

по специальности **«Анестезиология-реаниматология»**

**ФИО председателя**

 от **ФИО аккредитуемого**

 телефон **7 999 999 99 99**

адрес электронной почты **1111@mail.ru**

 страховой номер индивидуального лицевого счета

 **111-111-11 11**

Дата рождения **01.01.2001**

Адрес регистрации **г. Москва, улица, дом, квартира**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста**

Я, **ФИО аккредитуемого** ,прошу допустить меня к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста (**Тестирование – 1-й этап/Практико-ориентированный этап**) по специальности **Анестезиология-реаниматология**.

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

(ФИО) (подпись)

Дата

\*Заявление отправлять в течении 2х рабочих дней со дня прохождения этапа на почту: AzhelVS@rmapo.ru