Председателю совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 21.1.044.01, созданного на базе ФГБУ “НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России, академику РАН Ревишвили А.Ш. от ……………………

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность

серия номер

Заявление

Прошу принять к рассмотрению и защите мою диссертацию на тему \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на соискание

(название диссертации)

ученой степени кандидата (доктора) медицинских наук

по научной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(шифр и наименование научной специальности)

Защита работы проводится впервые (повторно).

Соглас(ен)(на) на включение моих персональных данных в аттестационное дело и их дальнейшую обработку. Подтверждаю, что все представляемые к защите данные и результаты являются подлинными и оригинальными и, кроме специально оговоренных случаев, получены мной лично.

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Число, подпись