

Первому проректору по образовательной
деятельности Е.Г. Бабелюк

От гражданина _____

ФИО полностью

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан):

Телефон: _____

Электронная почта: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

ФИО полностью

законный представитель (лицо, заменяющее законного представителя) обучающегося

_____, _____ г.р.

ФИО полностью

класс _____, выбираю следующий способ медицинского обслуживания моего ребенка:

- ДПО №24, ул. Кораблестроителей, д.31, корп.3; Поликлиника №3, ул. Железноводская, д.64, в связи с чем **доверяю** назначенному сотруднику СПбГУ распоряжаться перестрахованием и прикреплением медицинского полиса моего ребенка к территориальной поликлинике;

- Поликлинику по месту постоянной регистрации, и **обязуюсь** самостоятельно нести ответственность за своевременное медицинское обслуживание (в том числе диспансеризацию, прививки по календарю прививок), а также оформление необходимых медицинских документов учащегося.

« ____ » _____ 201 ____ г.

_____/_____
Подпись / (Фамилия И.О.)