

Директору ГБУЗ «Научно-  
практический центр  
детской психоневрологии  
Департамента здравоохранения  
города Москвы» Батышевой Т.Т.

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

От \_\_\_\_\_

Направление/специальность \_\_\_\_\_

Прошу вас учесть баллы первичной аккредитации  
\_\_\_\_\_ количество набранных баллов в конкурсе  
по направлению/специальности подготовки

\_\_\_\_\_ полное название специальности Аккредитация (тестирование)  
успешно пройдено в

\_\_\_\_\_ наименование учреждения прохождения аккредитации (допустимы  
только официальные сокращения)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_