

Директору БПОУ ОО  
«Орловский базовый медицинский колледж»  
В.В. Орлову  
студента(-ки) \_\_\_\_\_ курса  
специальности \_\_\_\_\_  
группа \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя отчество (при наличии) полностью)  
тел. : \_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу осуществить мой переход с платного обучения на бесплатное обучение в  
связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать причину)

Приложения:

- 1.
- 2.

Дата

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись/расшифровка)