

Декану фармацевтического
факультета Воронежского
государственного университета
проф. Е.Е. Чупандиной

ОТКАЗ
от прохождения обязательного медицинского осмотра по направлению
Воронежского государственного университета

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

студент(-ка) _____ группы ____ курса фармацевтического факультета,
добровольно отказываюсь от прохождения обязательного медицинского осмотра
по направлению и за счет средств Воронежского государственного университета.

Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен с тем, что обучающийся, не
прошедший необходимый медицинский осмотр, к прохождению производственной
практики не допускается. Обязуюсь пройти медицинский осмотр в установленные
сроки за счет собственных средств.

« _____ » _____ 2023 г.

(подпись)

/ _____
(Ф.И.О.)