Директору

ДПТНЗ «Дніпровський центр ПТОТС»

ВОЙТОВИЧ Ніні

здобувача (ки) \_\_\_\_ курсу

професія "*шифр і назва*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *прізвище, ім’я, по батькові у родовому відмінку*

Адреса мешкання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефону:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВА

Прошу надати довідку з місця навчання. Довідка потрібна для надання до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вказати точну та повну назву організації з уточненням району, міста, області )

Дата Підпис

*\*Віза класного керівника або майстра.*