|  |  |
| --- | --- |
|  | Начальнику казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  «Бюро судебно-медицинской экспертизы»  Скребову Роману Владимировичу |
|  |  |
|  | от |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество полностью) |
|  | зарегистрирован (а) |
|  |  |
|  |  |
|  | проживаю |
|  |  |
|  |  |
|  | телефон |
|  |  |
|  | работал (-а) в должности |
|  |  |
|  | подразделение |
|  |  |
|  |  |
|  | с г. по г. |

|  |
| --- |
| Прошу выдать |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| и выслать на мое имя по адресу: |
|  |

Дата подачи заявления «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года

Подпись лица, подавшего заявление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Визы:

Руководителя подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_года подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Визы заинтересованных служб и специалистов:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Отметка кадровой службы о выполнении

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года исх. №\_\_\_\_\_\_\_

подпись работника ОК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_