

Ректору федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России) Л.М. Железнову

от

Фамилия _____	Документ, удостоверяющий личность, _____
Имя _____	Серия _____ № _____
Отчество _____	Когда и кем выдан _____ г.
Направление подготовки/специальность _____	_____
_____	_____
_____	_____

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отозвать ранее поданные документы в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  
(дата)

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