«….» 20…. г. №

|  |
| --- |
| Приложение 1 |
| C:\Users\Amirova_OG.MEDCOLLEDGE\Desktop\НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ\logo.pngМинистерство здравоохранения Камчатского краяГосударственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Камчатского края«Камчатский медицинский колледж»Место нахождения и почтовый адрес: 683003 г. Петропавловск - Камчатский, ул. Ленинградская, 102. тел/факс 42-77-74, бухгалтерия 42-75-91 |

**СПРАВКА О ПЕРЕВОДЕ**

Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью, дата рождения) в том, что он/она на основании личного заявления и справки о периоде обучения от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер справки), выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(полное официальное название образовательной организации) будет зачислен/зачислена в Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Камчатского края «Камчатский медицинский колледж» в порядке перевода для продолжения обучения по программе подготовки специалистов среднего звена на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать курс, форму обучения, специальность (код, название) на базе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать имеющийся уровень образования) после предоставления выписки из приказа об отчислении в порядке перевода.

Приложение: перечень изученных учебных дисциплин, пройденных практик, выполненных научных исследований, которые будут перезачтены или переаттестованы обучающемуся при переводе.

Руководитель (ФИО)

Приложение к справке о переводе
от «….» 20….г.

Перечень изученных учебных дисциплин, пройденных практик,
выполненных научных исследований, которые будут перезачтены или переаттестованы обучающемуся

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью)

при переводе в ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование дисциплин/учебных практик** | **Общее кол-во часов/недель (для учебных практик)** | **Итоговая оценка** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |