

*Угловой штамп организации*

Ректору  
ФГБОУ ВО СПбГАВМ  
А.А. Стекольникову

*(при отсутствии в организации  
углового штампа указываются  
реквизиты организации, юридический и  
фактический адрес)*

196084, г. Санкт-Петербург,  
ул. Черниговская 5, тел. 387-10-00,  
отдел СТВ и ОПС

### ***ЗАЯВКА***

Прошу Вас направить студента \_\_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_ группы  
\_\_\_\_\_ формы обучения

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. студента*  
обучающегося по направлению подготовки \_\_\_\_\_

для прохождения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(вид, тип практики)*  
практики в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(наименование учреждения)*  
в период \_\_\_\_\_

Руководителем практики в организации назначен \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(должность специалиста, Ф.И.О. полностью, телефон для связи)*

По прибытии обучающегося на практику в нашу организацию  
гарантируем создание условий для успешного выполнения программы  
практики.

Дата \_\_\_\_\_

Руководитель организации

*ФИО, подпись руководителя учреждения  
печать учреждения*

\_\_\_\_\_