**ЗАЯВКА**

**на участь у XII Всеукраїнському конкурсі професійної майстерності**

**серед студентів випускних курсів медичних навчальних закладів України**

**за спеціальністю «Стоматологія ортопедична»**

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

*(повна назва навчального закладу)*

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

*(Номінація)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Учасник конкурсу**  Прізвище, ім’я, по-батькові (вказати повністю) |  |
| **2.** | **Суддя-представник**  Прізвище, ім’я, по-батькові (вказати повністю) та яку дисципліну викладає |  |
| **3.** | **Контактний телефон** |  |
| **4.** | **Потреба у поселенні в готель** |  |
| **5.** | **Дата і орієнтовний час прибуття в м. Полтава** |  |
| **6.** | **Дата і орієнтовний час від’їзду з м. Полтава** |  |

Медичний коледж ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» просить надіслати на електронну адресу коледжу **med\_koledg@umsa.edu.ua** заповнену заявку про участь у конкурсі та дані про представника від навчального закладу.

***Контактні особи:***

Завідуюча медичним відділенням - Мартиненко Наталія Володимирівна – 095-388-71-74

Голова ЦМК «Професійних стоматологічних дисциплін» - Скубій Іван Вікторович - 050-934-16-57

Заступник директора з виховної роботи – Дашевський Ігор Олександрович – 066-750-21-79

Навчальна частина коледжу – (05322) 2-79-17