

# ДОВЕРЕННОСТЬ

Город Камышин \_\_\_\_\_  
(число, месяц и год заполняются прописью)

Я, гр. \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. заполняются прописью)

Проживающая (ий): \_\_\_\_\_  
(адрес прописью)

Паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем, когда выдан)

Доверяю гр. \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. заполняются прописью)

Проживающей (ему): \_\_\_\_\_  
(адрес прописью)

Паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем, когда выдан)

Получить в отделе ПО и ДПО Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж" документы о (повышении квалификации, профессиональной переподготовке, сертификат)

нужное подчеркнуть

Расписаться за меня и совершить все действия, связанные с выполнением этого поручения.

Подпись

Подпись \_\_\_\_\_ заверяю

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_