Додаток 14

до Порядку

(*в редакції постанови КМУ*

*від 30.07.2025 р. № 916*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(найменування районного (міського) територіального центру комплектування та соціальної підтримки)

СПИСОК

жінок, які здобули освіту у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,   
(найменування закладу професійної (професійно-технічної), фахової передвищої або вищої освіти)

за медичною або фармацевтичною спеціальністю:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Порядковий номер** | **Прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності)** | **Дата народження** | **Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України / реєстраційний номер облікової карти платника податків (за наявності)** | **Адреса задекларованого / зареєстрованого місця проживання** | **Тип документа про освіту, серія та номер** | **Ким видано документ про освіту, дата видачі** | **Код та назва спеціальності / професії** | **Примітка** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування посади керівника  закладу освіти) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (власне ім’я та прізвище) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ р.

МП