

Директору  
ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева»  
Минздрава России  
Д.А. Лиознову

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_

(место работы)

\_\_\_\_\_

проживающего (ей) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(телефон, адрес электронной почты)

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу выдать заключение ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России о соответствии представленной диссертации критериям, которым должны отвечать диссертации на соискание ученой степени кандидата наук \_\_\_\_\_

(указать шифр и наименование специальности в соответствии с номенклатурой)

Дата:

\_\_\_\_\_

(подпись)