**- на официальном бланке вуза -**

**Справка об участии в добровольческой деятельности в сфере здравоохранения**

**№\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО в именительном падеже), студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (№ группы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(факультета) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название вуза), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата рождения в формате дд.мм.гггг), активно участвовал в добровольческой деятельности в период обучения в образовательной организации с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата начала осуществления добровольческой деятельности) и имеет общий объем добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере здравоохранения в объеме более 300 часов в течении 2 лет обучения (суммарное количество часов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_). Последний факт участия в добровольческой деятельности зафиксирован не ранее 1 января года выпуска студента из образовательного учреждения.

Срок действия - 2 года с даты выдачи.

Ответственный за волонтерскую

деятельность, название вуза подпись Фамилия И.О.

Курирующий проректор подпись Фамилия И.О.

м.п. образовательной организации (круглая гербовая печать)

Исполнитель:
Фамилия И.О.,

тел.: +7(999)999-99-99