**Azərbaycan Respublikası Müdafiə Nazirliyinin**

**Milli Müdafiə Universitetinin rektoruna**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ünvanında yaşayan**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tərəfindən**

**Ə R İ Z Ə**

Mənim aşağıda adını qeyd etdiyim təhsil müəssisəsinə qəbul olunmağım üçün namizəd kimi qeydiyyata alınmağıma və müsabiqədə iştirak etməyimə icazə verməyinizi Sizdən xahiş edirəm.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Heydər Əliyev adına Hərbi Liseyə (Naxçıvan şəhəri)** |  |
|  |  |
| **2. Cəmşid Naxçıvanski adına Hərbi liseyə (Bakı şəhəri)** |  |
|  |  |
| **3. Bakı Hərbi Kollecinə** |  |
|  |  |
| **4. Naxçıvan Hərbi Kollecinə** |  |
|  |  |
| **5. Heydər Əliyev adına Hərbi İnstituta** |  |
|  |  |
| * 1-ci ixtisas qrupu üzrə
 |  |
| * 2-ci ixtisas qrupu üzrə
 |  |
| * 3-cü ixtisas qrupu üzrə
 |  |
|  |  |
| **6. Hərbi Tibb Fakültəsinə** |  |
|  |  |
| - Orta ixtisas təhsili üzrə |  |
| * Hərbi feldşer işi
 |  |
|  |  |
| - Ali təhsilin bakalavriat səviyyəsi üzrə |  |
| * İctimai səhiyyə
 |  |
|  |  |
| - Ali təhsilin əsas (baza ali) tibb təhsili səviyyəsi üzrə |  |
| * Hərbi tibb
 |  |
| * Stomatologiya
 |  |

***İmza:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***(imza) (Soyadı, adı və atasının adı)***

***Tarix: “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025-ci il***