

Согласен
В. З.

Председателю совета по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук, на соискание ученой степени кандидата наук 24.1.063.01 на базе Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института иммунологии и физиологии УрО РАН академику РАН, д.м.н., профессору В.А. Черешневу

от Ковалева Михаила Александровича, зав. отделением оториноларингологии в Филиале № 3 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий» им. А.А. Вишневского Министерства обороны России, соискателя ученой степени кандидата медицинских наук, паспорт, серия 7504 номер 586032, выдан УВД Ленинского района г. Челябинска, 25.07.2008

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять к рассмотрению и защите мою диссертацию на тему: ИММУННЫЕ ФАКТОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКССУДАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРОСТРАНСТВА РЕЙНКЕ И ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.2.7. Иммунология, 3.3.3. Патологическая физиология.

Защита проводится впервые.

Согласен на включение моих персональных данных в аттестационное дело и их дальнейшую обработку. Подтверждаю, что все представляемые к защите данные и результаты являются подлинными и оригинальными и, кроме специально оговоренных случаев, получены мною лично.

«22» декабря 2023г.

М.А. Ковалев
М.А. Ковалев