

Ректору Комунального закладу
вищої освіти «Рівненська
медична академія»
Шустику Роману Петровичу

студента ____ курсу група ____
факультет (відділення) _____

спеціальність _____

Адреса проживання:

моб.тел. _____

Заява

Прошу Вас перевести мене з платної форми навчання на навчання за регіональним замовленням у зв'язку з _____ (вказати причини, обставини; при необхідності їх конкретизувати).

Додаток: _____ (надається перелік підтверджуючих документів описаних в заяві, клопотання класного керівника (куратора групи) та інших документів у разі необхідності.)

(дата)

(підпис)