



ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Ректору ПВНЗ «Київський  
медичний університет»  
Борису ІВНЄВУ

| Відомості про заявника                |      |  |         |
|---------------------------------------|------|--|---------|
| Прізвище, ім'я та по батькові:        |      |  |         |
| Адреса місця проживання (реєстрації): |      |  |         |
| Номер телефону:                       |      |  |         |
| Адреса електронної пошти:             |      |  |         |
| Курс, семестр:                        | Курс |  | Семестр |

Оберіть знаком «✓» форму здобуття освіти, рівень освіти та освітню програму, на якій навчаєтесь в КМУ

| Форма здобуття освіти | Рівень освіти             | Назва освітньої програми (спеціальності) |
|-----------------------|---------------------------|------------------------------------------|
| Денна                 | Фаховий молодший бакалавр | Медицина                                 |
| Вечірня               | Бакалавр                  | Стоматологія                             |
| Заочна                | Магістр                   | Фармація, промислова фармація            |
|                       | Доктор філософії          | Клінічна психологія                      |
|                       |                           | Менеджмент в охороні здоров'я            |

Заява

Прошу допустити мене на навчання з \_\_\_\_\_. у зв'язку із завершенням строку переривання навчання на \_\_\_\_ курс, \_\_\_\_ семестр 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ навчального року.

□□ . □□ . □□□□  
дата

особистий підпис

ім'я та прізвище