



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:	

Оберіть знаком «✓» форму здобуття освіти, рівень освіти та освітню програму, на якій бажаєте навчатись

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

- ☐ 1. Прошу поновити мене на навчання до ПВНЗ «Київський медичний університет» на _____ курс _____ семестр 202____-202____ навчального року з _____._____.
- ☐ 2. Прошу визнати результати моїх попередніх періодів навчання, які вказані у академічній довідці від _____._____ №_____, виданої _____.
- (вказати назву закладу вищої освіти).

До заяви додаю:

- ☐ - копію паспорта;
- ☐ - копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;
- ☐ - копію документа про попередню освіту та додаток до нього (ПЗСО/НРК5/НРК6/НРК7)(необхідне підкреслити);
- ☐ - сертифікат НМТ/ЗНО/ЄВІ/ЄФВВ/ЄДКІ (за потребою);
- ☐ - академічна довідка;
- ☐ - військово-обліковий документ (для військовозобов'язаних);
- ☐ - 6 фото 3*4.

Оплату за надання платної освітньої послуги (навчання) та за поновлення гарантую.

. .

дата

особистий підпис

ім'я та прізвище