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*