☐ **Декану медичного факультету**
Тамілі ПОЛЕСОВІЙ

☐ **Декану стоматологічного факультету**
Денису МАХНИЦЬКОМУ

☐ **Декану факультету фармації та психології**
Катерині АНЗІНІЙ

☐ **Начальнику відділу науки, аспірантури та докторантури**
Лесі ЗАКРУТЬКО
ПВНЗ «Київський медичний університет»

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 надати мені можливість повторного вивчення наступних освітніх компонентів:
1.
(вкажіть назву освітнього компонента, кількість годин)
2.
(вкажіть назву освітнього компонента, кількість годин)(за потреби)
3.
(вкажіть назву освітнього компонента, кількість годин)(за потреби)
4.
(вкажіть назву освітнього компонента, кількість годин)(за потреби)
5.
(вкажіть назву освітнього компонента, кількість годин)(за потреби)
Оплату за повторне вивчення освітніх компонентів гарантую.

☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

дата *особистий підпис* *ім'я та прізвище*