Декану медичного факультету № 1
ЛНМУ імені Данила Галицького
проф. Колішецькій М.А.
студента ____ групи ___ курсу
спеціальності «медицина»
(бюджетна/ контрактна форма навчання)
Прізвище І.П.

Заява

Прошу Вашого дозволу на перескладання диференційного заліку з дисципліни «_____» у зв'язку отриманням оцінки «незадовільно».

АБО

Прошу Вашого дозволу на повторне перескладання диференційного заліку з дисципліни «_____» у зв'язку отриманням оцінки «незадовільно».

Дата Підпис