

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

Заява

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

АБО

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

Дата

Підпис