

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 Вас допустити мене до складання _____ (заліку/іспиту) з
дисципліни «_____» у зв'язку з отриманням необхідної кількості
балів.

Дата

Підпис

Підпис викладача

Підпис завідувача кафедри