

В.о. ректора  
Львівського національного медичного  
університету імені Данила Галицького  
д.мед.н. Чемерису О.М.

Здобувача вищої освіти  
спеціальність \_\_\_\_\_  
факультет \_\_\_\_\_ група \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ПІБ здобувача вищої освіти)

Тел. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВА**

Прошу визнати результати навчання в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

вивчення освітніх (ньої) компонент (и) \_\_\_\_\_  
галузь знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність 222 Медицина, ступінь  
вищої освіти магістр та зарахувати відповідні оцінки і кредити  
Європейської кредитної трансферно-накопичувальної системи на підставі \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (документ про освіту)

*Документи, на підставі яких буде здійснюватися визнання додаються  
вибрати з переліку: (завірена копія навчальної картки здобувача,  
академічна довідка, додаток до диплома, опис навчальної дисципліни,  
силабус, робоча навчальна програма, індивідуальний навчальний план  
тощо)*

(дата)

(підпис)