

В.о. ректора
ЛНМУ імені Данила Галицького
д.мед.н. Чемерису О.М.
студента ____ групи ____ курсу
спеціальності
«медицина»/«педіатрія»
(бюджетна/ контрактна форма
навчання)
медичного факультету № 2
Прізвище І.П.

Заява

Прошу Вашого дозволу про переведення на навчання до (вказати повну назву вузу) на _____ факультет у звязку з (вказати причину)

Дата

Підпис