

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 на перезарахування оцінок з наступних дисциплін:
«медична психологія» - зарах /160,0 (D), які я отримав/ла навчаючись у ЛНМУ
імені Данила Галицького у 20__-20__ н.р.

Дата

Підпис