Ректору

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»

д.мед.наук., професору

Кривку Ю.Я.

студента (ки) факультету\_\_\_

групи

спеціальність « »

ПІБ студента(ки) *(в Родовому відмінку, наприклад, Іванової Ірини Іванівни)*

 телефон

ЗАЯВА

Прошу Вашого дозволу на дострокове складання академічного

контролю у

семестрі /

навчального року у зв’язку з

 .

Копію документів, підтверджуючих причину необхідності дострокового складання академічного контролю прикладаю.

(Дата) (підпис)