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 складання академічного контролю у

семестрі / навчального року з по у зв’язку з .

Копію підтверджуючих документів прикладаю.

(Дата) (підпис)