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 перенесення термінів складання академічного контролю у семестрі / навчального року у зв’язку з

Копію підтверджуючих документів прикладаю.

# (Дата) (підпис)