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 дозволити мені перескласти екзамен

# ( диференційований залік) з дисципліни«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», яку я складала у семестрі 20 / навчального року для отримання диплому про вищу освіту бакалавра/магістра з відзнакою.

# (Дата) (підпис)