

В.О. ректора  
КЗВо 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)