

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 перенесення термінів складання академічного контролю у____семестрі____/____навчального року у зв'язку з

Копію підтверджуючих документів прикладаю.

(Дата)

(підпис)