

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 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)