

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 відрахувати мене зі складу студентів факультету 1 КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» за власним
бажанням з_____.

(Дата)

(підпис)