Ректорові

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія

імені Андрея Крупинського»

проф. Кривку Ю.Я.

матері студента/ки\_\_ групи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(прізвище, ім`я, по-батькові)*

*(телефон)*

державна/контрактна форма навчання

Заява

Прошу Вашого дозволу на відрахування моєї/мого неповнолітньої/неповнолітнього доньки/сина зі складу студентів факультету 2 КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» за власним бажанням, в зв’язку з\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис)