



Ректору ПВНЗ «Київський  
медичний університет»  
д.мед.н.,проф. Борису ІВНЄВУ  
лікаря-інтерна  
за спеціальністю «\_\_\_\_\_»  
ПІБ \_\_\_\_\_  
тел.: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_@kmu.edu.ua

### Заява

Прошу дозволити мені відпрацювати пропущені без поважних причин заняття під час проходження освітньої частини інтернатури за спеціальністю «Стоматологія» за індивідуальним графіком з таких дисциплін:

1. Терапевтична стоматологія - \_\_\_\_\_ (к-сть занять);
2. Дитяча терапевтична стоматологія - \_\_\_\_\_ (к-сть занять);
3. Хірургічна стоматологія - \_\_\_\_\_ (к-сть занять);
4. Ортопедична стоматологія \_\_\_\_\_ (к-сть занять);
5. Ортодонтія - \_\_\_\_\_ (к-сть занять).

Також прошу прорахувати мені вартість відпрацювання пропущених занять.

Оплату гарантую.

POSTGRADUATE  
FACULTY  
— KYIV MEDICAL UNIVERSITY —

Дата

Підпис