



Декану \_\_\_\_\_ факультету  
**ПВНЗ «Київський  
медичний університет»**

\_\_\_\_\_  
(ПІБ декана факультету)

\_\_\_\_\_  
(ПІБ)

\_\_\_\_\_  
(номер телефону)

\_\_\_\_\_  
(електронна поштова адреса)

\_\_\_\_\_  
(вул., будинок, квартира, місто, область, район, індекс)

\_\_\_\_\_  
(курс, семестр)

*ОПП «Медицина»/ОПП «Стоматологія»/ОПП «Фармація, промислова фармація»/ОПП «Клінічна психологія»*

\_\_\_\_\_  
(освітня програма)

### **Заява**

Прошу видати мені довідку про те, що я навчаюсь у ПВНЗ «Київський медичний університет» на \_\_\_ курсі, \_\_\_ семестрі.

**Дата**

**Підпис**