



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 визнати результати навчання з освітніх компонентів, які я вивчав(ла) у _____ (назва закладу освіти) відповідно до академічної довідки / додатка до диплома № _____ від ____ . ____ . ____ .

1. Назва освітнього компонента, кількість годин, оцінка;
2. Назва освітнього компонента, кількість годин, оцінка;
3. Назва освітнього компонента, кількість годин, оцінка;
4. Назва освітнього компонента, кількість годин, оцінка.

До заяви додаю:

- копію академічної довідки / додатка до диплома.

Дата

Підпис