



Ректору ПВНЗ «Київський  
медичний університет»  
проф. Борису ІВНЄВУ

\_\_\_\_\_

(ПІБ)

\_\_\_\_\_

(номер телефону)

\_\_\_\_\_

(електронна поштова адреса)

\_\_\_\_\_

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

### Заява

1) Прошу поновити мене на навчання на \_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_\_ семестр, ОПП «Стоматологія» / ОПП «Медицина» / ОПП «Фармація, промислова фармація» / ОПП «Клінічна психологія» 202\_\_-202\_\_ навчального року;

2) Прошу визнати результати моїх попередніх періодів навчання, які вказані у академічній довідці від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданої

\_\_\_\_\_

(вказати назву закладу вищої освіти).

До заяви додаю:

- копію паспорта;
- копію ІНН;
- копію документа про попередню освіту та додаток до нього (ПЗСО/НРК5/НРК6/НРК7);
- сертифікат НМТ/ЗНО/ЄВІ/ЄФВВ/ЄДКІ (за потребою);
- оригінал академічної довідки;
- 6 фото 3\*4.

Оплату за надання платної освітньої послуги (навчання) та за поновлення гарантую.

Дата

Підпис