



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 надати мені можливість повторного вивчення наступних освітніх компонентів:

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

Оплату за повторне вивчення освітніх компонентів гарантую.

Дата

Підпис