



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 дозволити мені безкоштовно відпрацювати пропущені заняття з
_____ (назва освітнього компонента), в
кількості _____ (вказати кількість годин) _____
(вказати дату пропуску) у зв'язку з
_____ (вказати причину).

До заяви додаю:

- довідка (причина відсутності на занятті).

Дата

Підпис