



Ректору ПВНЗ «Київський
медичний університет»
проф. Борису ІВНЄВУ

(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 відрахувати мене зі складу студентів ПВНЗ «Київський медичний університет» ОПП «Медицина» / ОПП «Стоматологія» / ОПП «Фармація, промислова фармація» / ОПП «Клінічна психологія» за власним бажанням.

Дата

Підпис