

**ЗАЯВА ПОДАЄТЬСЯ НЕ МЕНШ, НІЖ ЗА 5 ДНІВ ДО ЗАКІНЧЕННЯ
АКАДЕМІЧНОЇ ВІДПУСТКИ**

Ректору
НУОЗ України імені П. Л. Шупика
академіку НАМН України,
професору Камінському В. В.

аспіранта кафедри _____
(назва кафедри)
_____ форми навчання
(денної, вечірньої, заочної)
_____ курсу
_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

ЗАЯВА

Прошу допустити мене до освітнього процесу після перебування в академічній відпустці.

Для осіб, які навчаються за кошти фізичних/юридичних осіб

Фінансової заборгованості не маю / Фінансова заборгованість погашена.

Дата _____ Підпис _____ ПІБ _____

ПІДТРИМУЮ

Науковий керівник / консультант

Науковий ступінь, вчене звання _____ ПІБ _____

ПОГОДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

Науковий ступінь, вчене звання _____ ПІБ _____

ПОГОДЖУЮ

Декан _____ факультету/

Директор Інституту післядипломної освіти

Науковий ступінь, вчене звання _____ ПІБ _____