

Завідувачу аспірантури і докторантури

ПІБ _____

аспіранта _____ року навчання,

спеціальність 222 Медицина

ПІБ _____

ЗАЯВА

У зв'язку з моєю участю у програмі академічна мобільність (наукове стажування в **ЗМАПО**) з «_____» _____ 20__ р. по з «_____» _____ 20__ р., прошу дозволити мені навчання за індивідуальним графіком.

Прошу дозволити складати підсумковий контроль протягом 10 днів після повернення до навчання в ЗДМФУ.

Дата

Підпис аспіранта

Погоджено:

Зав. відділу аспірантури

і докторантури

ПІБ _____ Підпис _____