**Декану**

 **медико-фармацевтичного**

 **факультету КЗВО**

 **«Рівненська медична академія»**

 **Коробко Л.Р.**

 **студента\_\_\_ курсу**

І-IV (11), I-III (м\с)

 **\_\_\_\_\_\_\_\_форма навчання**

 (денна,вечірня,заочна)

 **спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (223 «Медсестринство,

 224 «Технологія медичної діагностики та лікування»,

 226 «Фармація, промислова фармація»,

 227 «Терапія та реабілітація»)

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ освітнього рівня**

 (І бакалавр, ІІ магістр)

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (П.І.П.)

Заява

Прошу дозволити вивчення наступних предметів з курсу вибіркових

 дисциплін на:

 І семестр 2024-25н.р:

 1.

 2.

 ІІ семестр 2024-25н.р:

 1.

 2.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (підпис)