**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)