Ректору

Одеського національного медичного університету

Академіку НАМН України,

проф. Валерію ЗАПОРОЖАНУ

студента \_\_\_\_ курсу, групи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ОП «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»*

*(назва освітньої програми)*

*факультет* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*прізвище, ім’я, по батькові*

**Заява**

Прошу направити мене на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*навчання (за програмою обміну та ін.)* до (*вказати повну назву закладу, що приймає українською та англійською мовами оригіналу; місто та країну закладу*) за програмою *(зазначити назву програми)*  з\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*зазначити термін перебування на навчанні/ стажуванні за квитками*). Фінансування навчання/ стажування здійснюється за рахунок (*вказати джерело фінансування та зазначити, чи зберігається за Вами стипендія у ЗВО, що скеровує*). Після повернення в 10-денний термін зобов'язуюсь подати звіт та копію паспорту.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*дата**ПОГОДЖЕНО:*  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*підпис студента*  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*ПІБ декана факультету* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*підпис* |
|  |  |

*електронна адреса студента:*

*контактний телефон студента:*

*Заява пишеться власноруч студентом*