

ЗРАЗОК ЗАЯВИ
на відрахування за власним бажанням

Ректору ДВНЗ «УжНУ»
проф. Володимиру СМОЛАНЦІ
студента(ки) _____ курсу
освітнього ступеня _____
_____ факультету
денної/заочної форми навчання
спеціальності «_____»
освітня програма «_____»
Прізвище, ім'я, по батькові
Номер контактного телефону:

ЗАЯВА

Прошу відрахувати мене зі складу студентів ___ -го курсу
_____ факультету денної/заочної форми навчання (навчання за
державним замовленням/за контрактом), спеціальності «_____»,
освітня програма «_____» за власним бажанням.

Дата

Підпис

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ