|  |
| --- |
| Ректору Хмельницького |
| університету управління та права |
| імені Леоніда Юзькова  Олегу ОМЕЛЬЧУКУ |
| студента(ки) \_\_ курсу підготовки \_\_\_\_\_\_\_\_\_за спеціальністю \_\_\_\_\_\_\_\_  денної (заочної) форми навчання |
| факультету \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ім’я та прізвище студента)*  № телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВА

Прошу надати мені додаткову платну освітню послугу з повторного вивчення навчальної(их) дисципліни(н):

1. Назва навчальної дисципліни

Кафедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Назва навчальної дисципліни

Кафедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Назва навчальної дисципліни

Кафедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…

З умовами організації додаткових платних освітніх послуг з повторного вивчення навчальних дисциплін ознайомлений(а)

Оплату додаткових платних освітніх послуг гарантую.

Дата підпис