

Завідувачу відділення КЗ СОР «Сумський
фаховий медичний коледж»

_____ (ім'я, прізвище)

Спеціальності _____

ОПП _____

здобувача освіти _____ курсу, групи

_____ (ім'я, прізвище)

ЗАЯВА

Із запропонованих вибіркових дисциплін (з каталогу) прошу включити до мого індивідуального навчального плану для вивчення у _____ семестрі 20__ - 20__ н.р. наступні дисципліни:

_____ (вказати повну назву дисципліни)

_____ (вказати повну назву дисципліни)

_____ (дата)

_____ (підпис)