

Ректору ДВНЗ «УжНУ»  
проф. Володимиру СМОЛАНЦІ  
студента(ки) \_\_\_\_\_ курсу  
\_\_\_\_\_ факультету/інституту  
Освітній ступінь \_\_\_\_\_  
ОПП \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ спеціальність \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Прізвище, ім'я, по-батькові)  
ТЕЛ. \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВА**

Прошу перевести мене на дуальну форму здобуття освіти відповідно до ст. 49 Закону України «Про вищу освіту». Отримана згода на забезпечення навчання на робочому місці \_\_\_\_\_.  
(назва підприємства, закладу, установи)

Зобов'язуюсь виконувати індивідуальний навчальний план \_\_\_\_\_ семестру 20\_\_ - 20\_\_ навчального року.

Зі змістом Положення про дуальну форму здобуття вищої освіти в Державному вищому навчальному закладі «Ужгородський національний університет» ознайомлений(на).

Додаток:

1. Згода роботодавця.

Дата

\_\_\_\_\_ Ім'я ПРІЗВИЩЕ  
(Підпис)

**Погоджено:**

Декан факультету  
Гарант освітньої програми  
Завідувач кафедри  
Роботодавець