

З Р А З О К

Ректору ДВНЗ «УжНУ»

проф. Смолянці В.І.

посада

Прізвище Ім'я По батькові

тел.: _____

З А Я В А

Прошу дозволити мені здійснювати наукове керівництво дисертаційними дослідженнями аспірантів і здобувачів кафедр.

дата

підпис

/Ім'я ПРІЗВИЩЕ/