

З Р А З О К

Ректору ДВНЗ «УжНУ»

проф. Смолянці В.І.

аспіранта ___ -го року навчання

денної / вечірньої / заочної форми навчання

спеціальність _____

Прізвище Ім'я По батькові

тел.: _____

З А Я В А

Прошу дозволити мені здійснювати оплату за навчання в аспірантурі щомісячно у зв'язку з важким матеріальним становищем.

дата

підпис

/Ім'я ПРІЗВИЩЕ/