З Р А З О К

Ректору ДВНЗ «УжНУ»

проф. Смоланці В.І.

аспіранта ___ -го року навчання

денної / вечірньої / заочної форми навчання

спеціальність ________________________

Прізвище Ім'я По батькові

тел.: ________________________________

З А Я В А

Прошу перевести мене з _________ (денної / вечірньої / заочної) форми навчання на _________ (денну / вечірню / заочну) форму навчання з «____»__________ 20 ____ року.

дата *підпис* /Ім'я ПРІЗВИЩЕ/

віза наукового керівника «Не заперечую», дата, підпис