

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 поновити мене на навчання в аспірантурі з «___» _____
20___ року.

дата

підпис

/Ім'я ПРІЗВИЩЕ/

віза наукового керівника «Не заперечую», дата, підпис

віза гаранта освітньо-наукової програми по спеціальності

«Не заперечую», дата, підпис