Ректору ДВНЗ «УжНУ»

**ЗРАЗОК ЗАЯВИ**

**про тимчасову видачу оригіналів документів**

проф. Володимиру СМОЛАНЦІ

студента(ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ курсу

освітнього ступеня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультету

денної/заочної форми навчання

спеціальності «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

освітня програма «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

Прізвище, ім'я, по батькові

Номер контактного телефону:

 ЗАЯВА

Прошу видати оригінал атестата (диплома) та додаток на період із \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року для апостилювання (пред’явлення на роботі, перекладу).

Дата Підпис Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ