

ЗРАЗОК

**Ректору закладу вищої освіти
Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова
проф. Вікторії Петрушенко**

*студента(ки) ___ курсу ___ групи
медичного факультету №1*

_____ (Прізвище, ім'я, по батькові повністю у род. відм.)

форма навчання _____
(державна / контрактна)

тел. _____

Заява

Прошу **відрахувати** мене з числа студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за власним бажанням.

У _____ семестрі до занять _____.
(приступав(ла) / не приступав(ла))

(дата)

(підпис)