

Ректору Донецького державного
університету управління
д.держ.упр., професору
Маровій С.Ф.

студента (ки) факультету _____
денної (заочної) форми навчання
навчання за кошти державного бюджету/ за кошти
фізичних або юридичних осіб
ОС «(магістр/бакалавр)» _____ курсу
шифр, спеціальність «_____»
групи _____
ПІБ студента(ки) (*в Родовому відмінку,*
наприклад, Іванової Ірини Іванівни)
телефон _____
e-mail _____

ЗАЯВА

Прошу Вашого дозволу на перенесення термінів складання
академічного контролю у ___ семестрі ___/___ навчального року у зв'язку з

Копію підтверджуючих документів прикладаю.

(Дата)

(підпис)