

Директору ЧДБК  
проф. Кукліну О.В.  
студента \_\_\_\_ курсу, групи \_\_\_\_\_  
ОР «Бакалавр» \_\_\_\_\_  
(шифр, назва спеціальності)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
прізвище, ім'я, по батькові

### **ЗАЯВА**

Прошу направити мене на навчання до

\_\_\_\_\_  
(вказати повну назву закладу, що приймає українською та англійською мовами оригіналу; місто та країну закладу) за програмою \_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Фінансування навчання (стажування) здійснюється за рахунок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
підпис студента

**ПОГОДЖЕНО:**

«Підтримую»\*

\_\_\_\_\_  
ПІБ завідувача відділення

\_\_\_\_\_  
підпис

«Підтримую»\*

\_\_\_\_\_  
ПІБ завідувача кафедри

\_\_\_\_\_  
підпис

«Підтримую»\*

\_\_\_\_\_  
ПІБ Координатора академічної мобільності

\_\_\_\_\_  
підпис

електронна адреса студента:  
контактний телефон студента: