Декану Медицинского факультета

ЧОУВО «СПбМСИ»

О.П. Савватеевой

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об изучении дисциплины по выбору**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество),

студент(ка) \_\_\_ курса (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год зачисления), обучающий(ая)ся по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ очной формы обучения, прошу из предлагаемых на выбор дисциплин включить в перечень изучаемых мною в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ учебном году следующие:

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я информирован(а), что выбранные дисциплины становятся обязательными для изучения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)