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)