Декану Медицинского факультета

ЧОУВО «СПбМСИ»

О.П. Савватеевой

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об отказе от изучения факультативных дисциплин**

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

(фамилия, имя, отчество),

студент(ка) \_\_\_\_\_ курса (\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год зачисления), обучающий(ая)ся по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ очной формы обучения, прошу исключить из числа изучаемых мною в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ учебном году, следующие факультативные дисциплины:

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

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

(дата) (подпись)