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)