

Ректору ПДАУ
В.І. АРАНЧІЙ
здобувача вищої освіти _____ курсу,
групи _____
освітньо-професійної (освітньо-наукової)
програми _____
(назва ОПП чи ОНП)
зі спеціальності _____
(код і найменування спеціальності)
Факультету/інституту/кафедри (для докторів
філософії) _____

П.І.Б. _____
моб. тел. _____

ЗАЯВА

Прошу направити мене _____ (вказати форму академічної мобільності (навчання, стажування та ін.) за програмою академічної мобільності у _____ (вказати повну назву закладу-партнера українською мовою та англійською/мовою оригіналу; місто та країну) на період з _____ по _____ для вивчення _____ (вказати освітній компонент, кількість кредитів, форму контролю)

_____ дата

_____ підпис здобувача вищої освіти

Погоджено:

Гарант освітньої програми

_____ власне Ім'я Прізвище
підпис

Декан факультету/директор інституту
/завідувач аспірантури і докторантури

_____ власне Ім'я Прізвище
підпис

Начальник навчального відділу

_____ власне Ім'я Прізвище
підпис