

Ректору ЗНУ  
Фролову М.О.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адреса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА

Прошу видати архівну довідку про підтвердження навчання

\_\_\_\_\_

прізвище, ім'я, по батькові на час навчання в університеті

#### **Відомості про навчання:**

1.Роки навчання \_\_\_\_\_

2. Факультет \_\_\_\_\_

3. Форма навчання \_\_\_\_\_

#### **Додаткові відомості:**

1. Академвідпустка \_\_\_\_\_

2. Відрахування, поновлення, повторний курс \_\_\_\_\_

3. Служба в армії \_\_\_\_\_

Даю свою згоду на збір та обробку моїх персональних даних.

Довідка необхідна для пред'явлення \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2018 р.

\_\_\_\_\_

підпис