

Проректорові з науково-педагогічної
роботи
Хмельницького національного
університету

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Студента _____ курсу група _____
Рівень вищої освіти _____
Спеціальність _____

Шифр, назва

Освітня програма

Кафедра

Факультет

Форма навчання (бюджетна / контрактна)

Прізвище, ім'я, по батькові

ЗАЯВА

Прошу направити мене на навчання за програмою академічної мобільності до

терміном на _____ місяців з _____ 20__ р. до _____ 20__ р.

Фінансування навчання відбуватиметься за рахунок _____
(*вказати джерело фінансування*).

Підстава: Договір про співпрацю від _____ 20__ р. № _____ між Хмельницьким
національним університетом та _____.

Дата

Підпис

ПОГОДЖЕНО:

Декан факультету _____
Підпис Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Зав. кафедри _____
Підпис Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Координатор академічної мобільності
факультету

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Ел. пошта студента

Номер телефону