

Ректору ДВНЗ
“Тернопільський державний
медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”
проф. М.М. Корді

(прізвище, ім'я, по-батькові)

(посада, підрозділ)

З А Я В А

Прошу звільнити мене з роботи за власним бажанням з « _____ » _____ 20 _____ р.

Дата

Підпис

Візи:

Завідувач (керівник) кафедри (підрозділу)

Декан факультету

Начальник навчального відділу