

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
17 вересня 2024 № 1599

**Примірна форма заяви про переведення на навчання за дуальною
формою здобуття вищої освіти**

Ректору _____
(прізвище, ім'я, по-батькові)

_____ (назва закладу вищої освіти)

Студентки _____
(Прізвище, ім'я, по-батькові)

_____ (курс, назва ОПІ, спеціальності)

тел. _____

ЗАЯВА

Я, _____
(власне ім'я, прізвище)

студент (ка) _____ групи, курсу _____, який (яка) навчається за
освітньою програмою (спеціальністю) _____,
(код та назва спеціальності (освітньої програми))

та пройшов (-ла) відбір, прошу перевести мене на дуальну форму здобуття
вищої освіти*.

Отримана згода на забезпечення навчання на робочому місці

(назва закладу охорони здоров'я)

Додаток: тристоронній договір у 3 екземплярах.

Дата _____
(підпис) (власне ім'я, прізвище)

Погоджено та підтверджено, що студент пройшов відбір:
Завідувач профільної (випускаючої) кафедри
Декан факультету
Ректор

*відповідно до Порядку реалізації експериментального проекту щодо запровадження дуальної форми
здобуття вищої освіти для підготовки фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я затвердженого
постановою Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2024 року № 981.

**Директор Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА