В.о. ректора

Буковинського державного

медичного університету

проф. Тарасу БОЙЧУКУ

посада, кафедра

вчене звання, П.І.Б.

**ЗАЯВА**

Прошу Вашого дозволу виконувати дисертаційну роботу на здобуття наукового ступеня (доктора філософії або доктора наук), зі спеціальністі:   
000 – «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» ; спеціалізація 00.00.00 – «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»на тему: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

Науковий (консультант) керівник – посада, кафедра, вчене звання, П.І.Б.

Термін виконання: початок - 01.\_\_20\_\_ р. закінчення 30. \_\_20\_\_ р.

дата підпис дисертанта

дата підпис керівника (консультанта)

підпис завідувача відділу докторантури, аспірантури та клінічної ординатури

підпис проректора

з наукової роботи