

Ректору КПІ ім. Ігоря Сікорського

здобувача 1 курсу, першого  
(бакалаврського) / другого  
(магістерського) рівня ВО,  
групи \_\_\_\_\_,  
факультету/ НН інституту \_\_\_\_\_

(ПІБ здобувача)

тел. \*:

e-mail\*:

\* обов'язкові поля для заповнення

### ЗАЯВА

Прошу Вашого дозволу на реструктуризацію відшкодування коштів, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку відшкодування коштів державного або місцевого бюджету, витрачених на оплату послуг з підготовки фахівців» № 658 від 26.08.2015р. (зі змінами), терміном до \_\_\_\_\_ *(доцільно вказувати термін до початку першого семестрового контролю – до 20.12.2024р.)* у зв'язку з \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(вказати підстави для відтермінування платежів).*

Перший внесок зобов'язують сплатити не пізніше 10 робочих днів з дня початку навчального року до 13.09.2024 (включно) в обсязі не менше 50% загального розміру коштів, що підлягають відшкодуванню. Сума першого платежу становить \_\_\_\_\_.

*(вказати суму цифрами та прописом)*

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

(\_\_\_\_\_)  
(власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ здобувача)

