Голові стипендіальної комісії
КЗ СОР «Сумський фаховий медичний коледж»
Юлії РЯБОКОНЬ
Студента(-ки) групи _____

_____
(факультет (відділення, форма навчання))

_____

_____
(прізвище, ім'я, по батькові повністю)

Дата народження _____
(число, місяць, рік)

Паспорт серія _____ **№** _____

_____

_____
(ким та коли виданий паспорт)

Свідоцтво про народження
_____ **№**_____

Студентський квиток
серія ___ №_____, дійсний до ___

_____
(ким та коли виданий студентський білет)

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності)

_____

Унікальний номер запису в Єдиному держаному демографічному реєстрі (за наявності)

_____

Задекларованe/зареєстроване місце проживання (перебування):

_____

_____
(індекс, область, район, населений пункт, вулиця)

Фактичне місце проживання:

_____

_____
(індекс, область, район, населений пункт, вулиця)

Мобільний телефон

_____

Заява

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

«___» _____ 2026 _____