



Бланк закладу

№ \_\_\_\_\_  
На № \_\_\_\_\_

Національне агентство із забезпечення якості  
вищої освіти

**З А Я В А**

Просимо провести первинну акредитацію \_\_\_\_\_  
вказати вид програми (освітньо-професійної / освітньо-наукової / освітньо-творчої)  
« \_\_\_\_\_ »  
вказати назву освітньої програми  
з підготовки фахівців у сфері вищої освіти \_\_\_\_\_  
вказати рівень (першого (бакалаврського) / другого (магістерського) / третього (освітньо-наукового)  
рівня за спеціальністю \_\_\_\_\_ галузі знань \_\_\_\_\_  
(шифр та назва спеціальності) (шифр та назва галузі знань)

ID освітньої програми в ЄДЕБО \_\_\_\_\_

Заявник \_\_\_\_\_  
(найменування закладу вищої освіти, іншої установи)

\_\_\_\_\_ (найменування відокремленого структурного підрозділу (у разі необхідності))

Керівник \_\_\_\_\_  
(ПІБ) (посада)

*Керівник відокремленого  
структурного підрозділу* \_\_\_\_\_  
(у разі необхідності) (ПІБ) (посада)

Ідентифікаційний код заявника: \_\_\_\_\_  
Ідентифікаційний код  
структурного підрозділу (у разі необхідності): \_\_\_\_\_

Гарант ОП \_\_\_\_\_  
(ПІБ) (посада)

Контактні відомості гаранта ОП:  
- корпоративна електронна адреса – \_\_\_\_\_  
- контактний номер телефону – \_\_\_\_\_

Місце провадження діяльності  
з надання освітніх послуг за освітньою програмою: \_\_\_\_\_

Дані, наведені у відомостях про самооцінювання, перевірені та є достовірними.

Керівник \_\_\_\_\_ Ім'я ПРІЗВИЩЕ

Виконавець: ПІБ, контактний номер телефону; e-mail