|  |  |
| --- | --- |
|  | И.о. ректора ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет»Шебзуховой Т.А. |
| аспиранта / ординатора \_\_\_\_\_ курса |
| направления подготовки /научной специальности /специальности |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ формы обучения |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Ф.И.О.)телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении академического отпуска по медицинским показаниям

 В связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать причину)

что подтверждается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ справка, заключение ВК (№, дата выдачи)

и, руководствуясь Положением о порядке предоставления академических отпусков, отпуска по беременности и родам и отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста трех летдля аспирантов и ординаторовв федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Северо-Кавказский федеральный университет», прошу предоставить академический отпуск продолжительностью

с «\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Я уведомлен(а), что в случае нарушения сроков нахождения в академическом отпуске буду отчислен(а) в соответствии с пп. 8 п. 11.3.21 Правил внутреннего трудового распорядка СКФУ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата) (Подпись)

Научный руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (для аспирантов) (подпись) (Ф.И.О.)

Управление бухгалтерского

учета и отчетности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при обучении по договору) (подпись) (Ф.И.О.)

Директор департамента науки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)