Ректору ФГБОУ ВО «КГЭУ»

Э.Ю. Абдуллазянову

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. обучающегося)* обучающегося в группе \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_\_курсе, по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форме обучения по образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

направления подготовки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование направления подготовки)*

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З а я в л е н и е.**

Прошу предоставить мне академический отпуск в связи с невозможностью освоения образовательной программы по медицинским показаниям с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. сроком на один год (два года). Прилагаемые документы:

1. Заключение врачебной комиссии, выданное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать наименование учреждения здравоохранения)

Дата Подпись обучающегося