Директору Института славяноведения РАН

д.и.н. Никифорову К.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью),

аспиранта очной (заочной) формы обучения \_\_\_\_ года обучения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(направление подготовки, специализация)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название отдела/центра)

Заявление

Прошу предоставить мне академический отпуск по медицинским показаниям (или другим причинам) с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Заключение медицинской организации (документы, подтверждающие необходимость академического отпуска) прилагаются.

Дата (Подпись аспиранта)

Научный руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Зав. отделом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)