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 отчислить меня из числа аспирантов по собственному желанию с правом дальнейшего восстановления с (*указать дату*).

Дата (Подпись аспиранта)

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

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