|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору ФГБОУ ВО МГППУ  А.А. Марголису  от обучающегося(ейся) на \_\_\_\_ курсе  факультета / института \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО указать полностью)  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (контактные данные: телефон, адрес электронной почты) |

**Заявление**

Прошу предоставить мне академический отпуск {*указать основание предоставления академического отпуска*}

* По медицинским показаниям
* В связи с призывом на военную службу
* В связи с произошедшим стихийным бедствием
* По уходу за тяжелобольным ребёнком или близким родственником
* По беременности и родам
* По уходу за ребёнком до достижения им возраста полутора лет
* По уходу за ребёнком до достижения им возраста трёх лет
* В связи с обучением в учебном заведении иностранного государства
* В связи с тяжелым материальным положением семьи
* В связи с участием в российских и международных соревнованиях
* В связи с невозможностью одновременного освоения образовательной программы и создания университетского стартапа
* По исключительным обстоятельствам

сроком на \_\_\_\_ год.

Подтверждаю, что ознакомлен с Порядком предоставления академического отпуска обучающимся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет».

Приложение (документы, подтверждающие наличие обстоятельств, исключающих возможность освоения образовательной программы):{указать наименование документа, подтверждающего основание предоставления академического отпуска}.

ИЛИ

Документы, подтверждающие наличие обстоятельств, исключающих возможность освоения образовательной программы, отсутствуют.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(дата) (подпись, расшифровка)

Заявление и документы, подтверждающие наличие обстоятельств, исключающих возможность освоения образовательной программы, получены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование подразделения) (ФИО полностью) (подпись)

ИЛИ

Заявление без приложения документов, подтверждающих наличие обстоятельств, исключающих возможность освоения образовательной программы, получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование подразделения) (ФИО полностью) (подпись)

Согласовано:

Декан факультета / директор института \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

(дата) (подпись)

Начальник отдела по международным

связям[[1]](#footnote-1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

(дата) (подпись)

1. Только на заявлениях обучающихся из числа иностранных граждан и лиц без гражданства. [↑](#footnote-ref-1)