|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ректору ННГУ им. Н.И. Лобачевского | | | | | |
| профессору О.В. Трофимову | | | | | от аспиранта |
| *1* | года | | *очной* | формы обучения | |
| *Института международных отношений и* | | | | | |
| *мировой истории* | | | | | |
| *(факультет, институт)* | | | | | |
| *Смирновой Оксаны Ивановны* | | | | | |
| *(ФИО полностью)* | | | | | |
| Телефон: | | *8 915 111 11 11* | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить мне академический отпуск в связи с *(подробно описать обстоятельства)* сроком на *1* год с *1 февраля 2024 г.* по *1 февраля 2025 г*.

Медицинское заключение прилагаю.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| / | / |  |
| *дата* | *подпись* | *расшифровка подписи* |

Научный руководитель:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| / | / |  |
| *дата* | *подпись* | *расшифровка подписи* |

Заведующий кафедрой:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| / | / |  |
| *дата* | *подпись* | *расшифровка подписи* |

Декан факультета/ Директор института:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| / | / |  |
| *дата* | *подпись* | *расшифровка подписи* |

**\*Академический отпуск по медицинским показаниям предоставляется только на основании заключения врачебно-консультационной комиссии (ВКК), причем данное заключение должно быть оформлено в медицинском учреждении, имеющем соответствующую аккредитацию, лучше всего – в участковой поликлинике.**