Ректору ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»

**Астапову М.Б.**

 Студента (ки) 3 курса

 Факультет РГФ

 Направление/специальность:

 педагогическое образование

 Код направления/специальности 44.03.05

 Иванова Ивана Ивановича

 Фамилия, имя, отчество (полностью)

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

 Контактный телефон: +79889889988

 E-mail: ivan12@mail.ru

**З А Я В Л Е Н И Е**

 Прошу направить меня в Венский университет, Вена, Австрия

 Полное название учебного заведения и место его расположения (город, страна)

 в рамках программы академической мобильности согласно приглашению из названного университета, на осенний/весенний/летний (нужное подчеркнуть) семестр в период с 1 сентября 2018 г. по 1 февраля 2019 г., с последующим перезачетом/переаттестации дисциплин, изученных мною за рубежом.

Финансовые расходы, связанные с поездкой и пребыванием в Венском университете, Австрия

 (указывается учебное заведение, страна)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, беру на себя/за счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

средств (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Иванов И.И. /

 Подпись студента Расшифровка подписи

Дата: 29.08.2018

**Согласовано:**

Проректор по учебной работе, качеству образования –

первый проректор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Наименование факультета подпись расшифровка подписи

Заведующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Наименование кафедры подпись расшифровка подписи

Отметка о сдаче сессии:

Наличие приглашения из вуза-партнера подтверждаю:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ответственный сотрудник ДМС)