

Ректору ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

от _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

адрес места регистрации:

адрес фактического проживания:

контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу восстановить меня для обучения по образовательной программе

_____ (бакалавриата, специалитета, магистратуры)
по направлению подготовки/специальности _____

(шифр и наименование)
по форме обучения _____, основе обучения _____
(очной/заочной) (бюджетной/с оплатой стоимости обучения)

на _____ курсе _____ факультета.

В _____ году был(а) отчислен(а) _____
(причина отчисления)

_____ (название образовательной организации)
по образовательной программе _____

(бакалавриата, специалитета, магистратуры)
по направлению подготовки/специальности _____

(шифр и наименование)
по форме обучения _____, основе обучения _____
(очной/заочной) (целевой/бюджетной/с оплатой стоимости обучения)

с _____ курса _____ факультета.

В случае моего восстановления в Университет общая продолжительность обучения (с учетом формы обучения и иных оснований, влияющих на срок освоения образовательной программы) будет составлять _____ год(а)/(лет).

С Уставом ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Положением о порядке перевода обучающихся в университет и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ознакомлен(а).

Подтверждаю правильность представленных сведений.

Даю согласие на проверку представленных документов, а также на обработку представленных персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ / _____ /
(подпись) (фамилия и инициалы)