Ректору НИУ ВШЭ

Я.И. Кузьминову

аспиранта \_\_\_\_\_\_ года очной/заочной формы обучения

кафедры/департамента/подразделения

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

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

факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу продлить мне обучение в аспирантуре в связи с продолжительным заболеванием.

Медицинские документы прилагаются.

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

Дата Подпись

СОГЛАСОВАНО:

Академический директор

аспирантской школы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. подпись, расшифровка подписи

Руководитель

структурного подразделения

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

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. подпись, расшифровка подписи

Научный руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. подпись, расшифровка подписи