

Приложение

УТВЕРЖДЕНО
Приказом НИУ ВШЭ
№ _____ от _____

**Согласие обучающегося на осуществление исходящей
академической мобильности**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

_____ (студент/аспирант, факультет/институт, ОП, курс и уровень обучения)
паспорт _____, выдан "___" _____ года
выдавший паспорт орган _____
проживающий(-щая) по адресу: _____ Тел. _____

ПОДТВЕРЖДАЮ, что я был(а) полностью ПРОИНФОРМИРОВАН(а) и
ОСОЗНАЮ, что в ходе проведения международной академической мобильности
(далее – «мобильность»)

с "___" 20__г. по "___" 20__г.
(сроки мобильности)

_____ (наименование мобильности)
в государстве _____ по адресу: _____
(юридический адрес принимающей стороны)

принимающая сторона _____

могут произойти природные и техногенные катастрофы, стихийные
бедствия, военные действия или вооруженные конфликты, террористические акты,
несчастные случаи и другие события, в ходе которых под угрозу могут быть
поставлены моя жизнь и здоровье (далее – «чрезвычайные обстоятельства»).

Я подтверждаю, что решение об участии в мобильности принималось мной
лично, носит добровольный характер. Участие в мобильности осуществляется под
мою ответственность. Я согласен, что я лично несу ответственность за мою жизнь
и здоровье в то время, когда я нахожусь за *пределами кампуса НИУ ВШЭ / за
границей Российской Федерации*.

Я ОЗНАКОМЛЕН с условиями и правилами нахождения в принимающей
стране, миграционными правилами, правилами поведения в принимающей
образовательной организации, рекомендациями для граждан, выезжающих за
рубеж: МИДа РФ – для граждан РФ, либо иного уполномоченного органа – для
граждан других стран, и порядком постановки на консульский учет.

Я ОСОЗНАЮ, что в случае нарушения мной указанных правил, мое участие
в мобильности может быть прекращено раньше срока по решению принимающей
стороны или местных властей.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что мной была/будет приобретена медицинская
страховка, действующая в течение ВСЕГО ПЕРИОДА моего пребывания на

мобильности, удовлетворяющая ВСЕМ требованиям принимающей стороны и покрывающая как минимум расходы на оказание срочной медицинской помощи, в том числе в стационаре, транспортировку застрахованного лица в место постоянного проживания и посмертную репатриацию тела.

МНЕ ИЗВЕСТНО, что на период мобильности координатором по исходящей мобильности от НИУ ВШЭ (далее – «координатор от НИУ ВШЭ») является:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

(должность, адрес электронной почты, телефон)

Я ОБЯЗУЮСЬ:

в течение 10 рабочих дней с момента прибытия на программу мобильности отправить по электронной почте координатору от НИУ ВШЭ Форму приезда (Приложение 1), подписанную ответственным лицом и заверенную печатью партнерского вуза (при наличии);

в течение 5 рабочих дней с момента возвращения в НИУ ВШЭ отправить по электронной почте координатору от НИУ ВШЭ Форму отъезда, подписанную ответственным лицом и заверенную печатью партнерского вуза (при наличии).

В случае возникновения чрезвычайных обстоятельств:

Я ОСОЗНАЮ необходимость строго следовать всем указаниям уполномоченных представителей принимающей стороны, предоставлять необходимые документы и выполнять все действия или воздерживаться от таковых, если это необходимо в соответствии с действующим законодательством на территории принимающей стороны и локальными актами принимающей организации;

Я ОБЯЗУЮСЬ уведомить любыми доступными в чрезвычайных обстоятельствах способами о возникшей ситуации и своем положении:

назначенного координатора принимающей стороны (*ФИ, телефон, электронная почта* – каждое направляемое и получаемое письмо я обязуюсь дублировать на адрес координатора от НИУ ВШЭ);
консульское учреждение Российской Федерации;
координатора от НИУ ВШЭ.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что настоящим согласием предоставляю НИУ ВШЭ право уведомлять обо ВСЕХ обстоятельствах, сообщенных мной или ставших известными НИУ ВШЭ о чрезвычайной ситуации, которая произошла во время осуществления мной участия в мобильности следующих лиц:

1) _____

(ФИО полностью, степень родства (если родственник), контактные данные)

2) _____

(ФИО полностью, степень родства (если родственник), контактные данные)

3) *(добавить пункты при необходимости)*

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что в случае возникшей в результате чрезвычайной ситуации необходимости моего досрочного выезда из города (*страны*), в котором осуществляется мобильность, я ОБЯЗУЮСЬ выполнить следующие действия:

в течение пяти суток с момента, когда установлена связь с координатором от НИУ ВШЭ, Я ОБЯЗУЮСЬ принять решение о том, чтобы выехать из города

(страны), в котором осуществляется мобильность или остаться в данном городе (стране);

в случае принятия решения о выезде из города (страны) приобрести проездной документ ЗА СВОЙ СЧЕТ.

Стоимость проездного документа возмещается НИУ ВШЭ после соответствующего письменного обращения в уполномоченное подразделение. При этом Я СОГЛАШАЮСЬ с тем, что НИУ ВШЭ оставляет за собой право оценить обоснованность расходов на приобретение проездного документа и компенсировать его стоимость в том размере, который будет признан обоснованным в сложившейся ситуации;

В случае если у меня отсутствуют средства на приобретение проездного документа, необходимого для выезда из принимающей страны, Я ОСОЗНАЮ, что НИУ ВШЭ может принять решение о приобретении проездного документа на мое имя или направлении в мой адрес денежных средств в необходимом объеме в случае, если имеется такая техническая возможность и в сроки, которые будут возможны.

ПРАВИЛА, ИЗЛОЖЕННЫЕ В НАСТОЯЩЕМ СОГЛАСИИ, МНЕ ПОНЯТНЫ, Я СОГЛАСЕН (СОГЛАСНА) с его содержанием.

_____/_____"____" 20__ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)



CONFIRMATION OF ATTENDANCE

This document shall be completed by any person in an administrative position at the International Office of the Host Institution.

Academic year _____ / _____	<input type="checkbox"/> FALL/WINTER TERM <input type="checkbox"/> FULL ACADEMIC YEAR <input type="checkbox"/> SPRING/SUMMER TERM
Student's name	

is registered as an exchange student at _____
(name of host institution)

PART A:

The student must send it to the Office of Doctoral Studies by e-mail at aspirantura@hse.ru within 10 working days from their arrival date.

DATE OF ARRIVAL (dd/mm/yyyy) _____

Name of person in charge: _____

Position: _____

Date: _____ **Signature:** _____

Seal

PART B:

The student must send it to the Office of Doctoral Studies by e-mail at aspirantura@hse.ru within 5 working days after returning to HSE.

DATE OF DEPARTURE (dd/mm/yyyy) _____

Name of person in charge: _____

Position: _____

Date: _____ **Signature:** _____

Seal