

Заявление о предоставлении академического отпуска по медицинским показаниям

Факультет _____

Ректору БГУ
 Абрамечко С.В.

студента (ки) _____ курса

ЗАЯВЛЕНИЕ

_____ *специальность (направление)*

_____ *специальности, специализация)*

_____ *дневной (заочной), платной (бюджетной)*

формы получения образования

_____ *(№ договора)*

*Управлению кадров
 Подготовить приказ*

_____ *(подпись)*

_____ *(дата)*

_____ *(дата)*

Прошу предоставить мне академический отпуск по медицинским показаниям с _____ по _____.
(даты на основании медицинского заключения врачебной консультативной комиссии)

Медицинское заключение врачебной консультативной комиссии от _____ № _____ прилагаю.

_____ *подпись*

_____ *И.О.Фамилия*

Декан факультета

_____ *подпись*

_____ *И.О.Фамилия*

_____ *(дата)*

УК

_____ *подпись*

_____ *И.О.Фамилия*

_____ *(дата)*