Ректору ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И.Вернадского»

Доничу С.Г.

аспиранта (докторанта/соискателя)\_\_

года обучения

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

 *(дневная/заочная форма обучения)*

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

*(за счет средств госбюджета/за счет средств физ. и юр. лиц)*

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

кафедры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(название)*

КФУ имени В.И. Вернадского

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

 *(ФИО)*

**Заявление**

 Прошу предоставить отпуск по беременности и родам с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

 *(число, месяц, год)*

Больничный лист/копию прилагаю.

Дата Подпись

Подпись науч. руководителя