|  |
| --- |
| Ректору УдГУ |
|  |
| студента института |
| группа № |
|  |
|  |
| (ФИО полностью) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу перевести меня на индивидуальный учебный план в период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. в связи с участием в программе дистанционной международной академической мобильности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование зарубежной организации на русском языке, страна, город)

с целью обучения в течение семестра или года с условием перезачета изучаемых периодов и дисциплин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название программы / фонда)

Источник финансирования *(собственные средства студента / стипендия / средства принимающей стороны и др.)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю *(нужное отметить)*:

⬜ **копию приглашения/ письма о зачислении принимающей организации с переводом на русский язык.**

⬜ **индивидуальный учебный план** *(в случае обучения за рубежом сроком более 1 мес.)*

Академической задолженности не имею. Обязуюсь выполнять условия индивидуального учебного плана в УдГУ.

Даю согласие на трансграничную передачу моих персональных данных.

Обязуюсь предоставить письменный отчет в Управление международного образования и сотрудничества в течение 3-х дней с момента завершения программы.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись расшифровка подписи

« \_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года

**СОГЛАСОВАНО**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Начальник УМС | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Директор института | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |