|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору УГНТУ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | студента группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Шифр группы) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Фамилия имя отчество (полностью в родительном падеже)* |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Контакты: номер телефона, адрес эл. почты* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить по собственному желанию с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Дата)

Обучаюсь по договору о целевом обучении.

С пунктом 6 статьи 71.1 Федерального закона от 29.12. 2012 № 273-ФЗ (в ред. от 27.12.2019 № 515-ФЗ) «Об образовании в Российской Федерации» и «Положением о целевом обучении по программам среднего профессионального и высшего образования», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 21.03.2019 № 302 (в ред. от 17.10.2019 № 1334) о выплате штрафа при неисполнении обязательств в связи с незавершением освоения образовательной программы на условиях договора о целевом обучении ознакомлен.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Отчислить по собственному желанию* |  |  |
| *с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*  (Дата) |  |  |
| Начальник учебного управления |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| (Подпись) (Инициалы, фамилия)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (Дата) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Согласовано*  Специалист ОСНП |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| (Подпись) (Инициалы, фамилия)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (Дата) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору УГНТУ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | аспиранта группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Шифр группы) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Фамилия имя отчество (полностью в родительном падеже)* |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Контакты: номер телефона, адрес эл. почты* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить по собственному желанию с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Дата)

Обучаюсь на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ основе.

(платной, бюджетной)

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Отчислить по собственному желанию* |  |  |
| *с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*  (Дата) |  |  |
| Начальник отдела аспирантуры |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Э.Г. Мухаметзянова |  |  |
| (Подпись)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Дата) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Согласовано*  Специалист ОПДД (для обучающихся на платной основе) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| (Подпись) (Инициалы, фамилия)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (Дата) |  |  |