Ректору ТУСУРа

от обучающегося

|  |
| --- |
|  |

*(Полные ФИО заявителя)*

|  |  |
| --- | --- |
| группы |  |

*(указать номер )*

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон |  |
| E-mail |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне академический отпуск по медицинским показаниям. Заключение врачебной комиссии прилагаю.

Прошу назначить ежемесячную компенсационную выплату в размере 50 руб/мес.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись заявителя)*