Ректору

Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського

академіку НАПН України

Будаку В. Д.

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

*освітньо-науковий/ науковий рівень*

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

*місце роботи (кафедра/ підрозділ),* *посада*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*факультет/ інститут* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*прізвище, ім’я, по батькові*

**Заява**

Прошу дозволити мені пройти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(навчання/ стажування), напр.: участь у спільних проектах, викладання, наукове дослідження, наукове стажування, підвищення кваліфікації)* до (*вказати повну назву закладу, що приймає українською та англійською мовами оригіналу; місто та країну закладу*) за програмою *(зазначити назву програми та грантодавця)*  з\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*зазначити термін перебування на навчанні/ стажуванні за квитками*). Фінансування навчання/ стажування здійснюється за рахунок (*вказати джерело фінансування та зазначити, чи зберігається за Вами заробітна плата у ВНЗ, що скеровує*).

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *дата*  *ПОГОДЖЕНО: «Підтримую»\** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *підпис співробітника* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *ПІБ декана факультету/*  *директора інституту*  *«Підтримую»\** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *підпис* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *ПІБ завідувача кафедри* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *підпис* |
|  |  |

*електронна адреса співробітника:*

*контактний телефон співробітника:*

*Заява пишеться власноруч:*

*\* Віза-погодження пишеться власноруч директором інституту/ деканом факультету, завідувачем кафедри*