**Ректору ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России**

|  |  |
| --- | --- |
| **От**  |  |
|  | **Фамилия, имя, отчество, дата рождения** |
|  Зарегистрированного(ой) |  |  |  |
|  | **Индекс** |  | **Адрес** |
|  |
|  |
| **мобильный телефон**  |  | **e-mail** |  |
| Паспорт: серия |  | №  |  | Выдан  |  |
|  |  |  |  |  | **(когда и кем)** |  |

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу Вас разрешить мне приступить к обучению по Выберите элемент. с использованием дистанционных образовательных технологий, ввиду временного закрытия границ и отсутствия сообщения между Российской Федерацией и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и как следствие, временного отсутствия возможности личного посещения занятий.

Обучающийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (Ф.И.О.)**

**Дата** Место для ввода даты.