

В ПРИКАЗ

« _____ » _____ 2024

Ректору ФГБОУ ВО «ГУМРФ
имени адмирала С.О. Макарова»
Барышникову С.О.
от обучающегося Беломорско-
Онежского филиала
Ф. _____
И. _____
О. _____
проживающего по адресу

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу восстановить в число обучающихся _____ курса заочной формы обучения в
_____ филиале по программе СПО

(наименование специальности)

с _____ семестра на места, финансируемые за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета/на места с оплатой стоимости обучения физическими и (или) юридическими лицами с предоставлением общежития/без общежития (нужное подчеркнуть).

Ранее обучался в ГУМРФ/СПГУВК/ГМА имени адмирала С.О. Макарова (нужное подчеркнуть) на бесплатной/платной основе (нужное подчеркнуть).

Отчислен приказом № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г. с _____ курса специальности

(наименование специальности)

Причина отчисления _____

« _____ » _____ 2024г.

Подпись _____

О себе сообщаю: дата и место рождения _____

пол: м ж

паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

(кем выдан, дата выдачи)

адрес постоянной регистрации _____

контактный адрес (телефон, моб. телефон, эл. почта) _____

К заявлению прилагаю:

документ об уровне образования № _____ от _____ :
выдан _____

справку установленного образца/академическую справку № _____ от _____

Я ознакомлен (а) с:

- Уставом ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова;
- Лицензией на право ведения образовательной деятельности;
- Свидетельством о государственной аккредитации;
- Правилами внутреннего распорядка обучающихся.

Подтверждаю правильность представленных мною сведений, а также согласие на обработку предоставленных мною персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе даю согласие на проверку представленных мной документов.

« _____ » _____ 2024г.

(подпись)

С необходимостью прохождения медицинской комиссии ознакомлен (а): _____

Выписка из Протокола заседания аттестационной комиссии

« _____ от « ____ » _____ 2024г.

Аттестационная комиссия _____ филиала

в составе _____

рассмотрев личное заявление, справку об обучении/ академическую справку/ копию зачетной книжки/ по итогам собеседования с претендентом на восстановление

ПОСТАНОВИЛА:

Восстановить на ____ курс ____ семестр специальности _____

на _____ основе

(платной/бесплатной)

с досдачей экзаменов и зачетов (число дисциплин не может превышать 5)

Установить срок погашения академической задолженности до:

« ____ » _____ 2023г.

Директор филиала _____ / _____ /

Члены комиссии:

Со сроком погашения академической задолженности ознакомлен

Подпись _____

(подпись восстанавливаемого)

Восстановление на платную основу:

Договор № _____ от « ____ » _____ 20__

Оплата в размере _____ произведена _____ 20__ г. Подпись _____