В.о.ректора ХДАК

Наталії РЯБУСІ

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

(науковий ступінь, вчене звання)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(посада)

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

(прізвище, ім’я, по батькові)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактний номер телефон

ЗАЯВА

Прошу дозволити взяти участь у програмі внутрішньої академічної мобільності *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(назва програми*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у формі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(участі в спільних освітніх та/або наукових проєктах, викладання, стажування, наукового дослідження, наукового стажування, мовного стажування, інших форм*) у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*назва* *закладу, місто та країну)* з \_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(зазначити термін перебування).*Фінансування здійснюють за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(особисті кошти, кошти сторони, що
приймає, кошт гранту тощо)*.

Після повернення в 10-денний термін зобов’язуюсь подати звіт про результати участі в академічні мобільності до Центру міжнародної освіти і співробітництва.

Дата Підпис