ЗАЯВЛЕНИЕ Ректору УО «Белорусский

\_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_ государственный медицинский

университет»

Рубниковичу С.П.

аспиранта/докторанта *(соискателя)* кафедры

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

Фамилия Имя Отчество *(в род.падеже)*

*Тел.+375 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Прошу отчислить меня из аспирантуры (докторантуры) в форме обучения соискательство *(в дневной/заочной форме обучения)*с \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_ г. по собственному желанию в связи с (*семейными обстоятельствами, производственной необходимостью и пр.)*

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

*Расшифровка подписи*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Подразделение | Согласование | Подпись | Расшифровка | Дата |
| Научный руководитель (консультант) |  |  |  |  |
| Заведующий кафедрой |  |  |  |  |
| Начальник Управления подготовки научных работников высшей квалификации |  |  |  |  |
| Проректор по лечебной работе |  |  |  |  |