|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ЧПОУ «Медицинский колледж имени Башларова»  Сулеймановой Ф.М.  Студента(ки)\_\_\_\_\_\_\_\_курса\_\_\_\_\_\_\_группы по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*(Ф.И.О. полностью* в род. падеже*)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас перевести меня на обучение по индивидуальному графику обучения с применением дистанционных информационных образовательных технологий с 19 марта по 12 апреля 2020 г. в связи со сложной эпидемиологической обстановкой по коронавирусу.

На период перевода на индивидуальный график обучения несу полную ответственность за:

-соблюдение режима ограничения контакта с окружающими, с целью сохранения и контроля за состоянием здоровья;

-за выполнение индивидуальной программы обучения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись  (фамилия, имя, отчество)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.