|  |  |
| --- | --- |
|  | 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.