|  |
| --- |
| Директору Высшей школы рыболовства и морских технологий Чекалину А.А. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(фамилия, имя, отчество)* |
| Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать платные дополнительные образовательные услуги на условиях договора об оказании платных дополнительных образовательных услуг.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование услуги | Количество часов |
| Консультационные услуги по отдельным дисциплинам ликвидация разницы в учебных планах (прохождение форм текущего контроля и промежуточной аттестации) при восстановлении, переводе на другую образовательную программу по инициативе обучающегося |  |
| Проведение занятий, консультаций в целях углубленного изучения дисциплин, предусмотренных учебным планом избранных направлений подготовки |  |
| Проведение дополнительных занятий, консультаций для лиц, имеющих академическую задолженность или разницу в учебных планах |  |
| Проведение дополнительных занятий, консультаций для лиц, отчисленных из числа обучающихся с целью восстановления |  |
| Иные образовательные услуги  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заказчик | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) | (ФИО) | | (дата) |
| Согласовано: |  | | |  |
| Директор | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) |
| Заместитель директора по учебно-методической работе | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) |