|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору ЧОУВО «СПбМСИ»  С.Б.Мальцеву  от \_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *фамилия*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *имя, отчество*  студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_\_\_группы,  специальность 31.05.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  очной формы обучения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *контактный телефон* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу рассмотреть возможность сокращения сроков обучения на основании решения аттестационной комиссии о переаттестации (перезачете) результатов освоения учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), практики, дополнительных образовательных программ.

. .202\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись