|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору Казахстанского филиала  МГУ имени М.В.Ломоносова  **профессору Сидоровичу А.В.** |
|  |
|  | от магистранта \_\_\_\_\_\_ курса |
|  | направления |
|  |  |
|  | проживающего (ей) по адресу: |
|  |  |
|  |  |
|  | (указать адрес регистрации постоянного местожительства) |
|  |  |
|  | (Ф.И.О. магистранта, полностью  согласно удостоверению личности, указать ИИН) |
|  | (контактные телефоны родителей) |
|  | (контактные телефоны магистранта) |
|  |  |
|  | (адрес электронной почты магистранта)  обучение |
|  | (указать: за счет госзаказа или за счет собственных средств) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить койко-место в Доме студентов МГУ на 2024-2025 учебный год.

|  |
| --- |
| «\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.  (дата заполнения) |

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

(подпись магистранта)

Результат флюорографии пройдена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать дату прохождения)

Справка 086-У прилагается