

**Ректору  
КФУ им. В. И. Вернадского**

---

Должность

---

Подразделение

---

Ф.И.О.

---

Телефон

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне единоразовую денежную помощь согласно п. 7. 14  
Коллективного договора КФУ имени В. И. Вернадского в связи с

---

(проведением дорогостоящей медицинской операции, приобретением дорогостоящих медикаментов, с лечением  
ребенка, имеющего наследственные, хронические заболевания и инвалидность)

Дата

Подпись

Расшифровка подписи