

Согласие обучающегося на осуществление международной академической мобильности

Я, *Иванов Иван Иванович*,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

Студент ФЭН, ОП «Экономика и статистика», бакалавриат, 3 курс,
(студент/аспирант, факультет/институт, ОП, курс и уровень обучения)

паспорт 12121212, выдан 12.12.2012

выдавший паспорт орган Отдел МВД по Ивановской области

проживающий(-щая) по адресу: г. Москва, проспект Мира, 12

Тел. 89121221212

ПОДТВЕРЖДАЮ, что я был(а) полностью ПРОИНФОРМИРОВАН(а) и ОСОЗНАЮ, что в ходе участия в международной академической мобильности (далее – «мобильность»)

с 01.09.2025 по 01.02.2026

(сроки мобильности)

в государстве *Казахстан*

по адресу: г. Алматы, ул. Жандосова, д. 55

(адрес места нахождения принимающей стороны)

принимающая сторона *Narxoz University*

могут произойти природные и техногенные катастрофы, стихийные бедствия, военные действия или вооруженные конфликты, террористические акты, несчастные случаи и другие события, в ходе которых под угрозу могут быть поставлены моя жизнь и здоровье (далее – «чрезвычайные обстоятельства»).

Я подтверждаю, что решение об участии в мобильности принималось мной лично, носит добровольный характер. Участие в мобильности осуществляется под мою ответственность. Я согласен, что я лично несу ответственность за мою жизнь и здоровье в то время, когда я нахожусь за пределами Российской Федерации.

Я ОЗНАКОМЛЕН с условиями и правилами нахождения в принимающей стране, миграционными правилами, правилами поведения в принимающей образовательной организации, рекомендациями для граждан, выезжающих за рубеж: МИДа РФ – для граждан РФ (в случае выезда за рубеж), либо иного уполномоченного органа – для граждан других стран, и порядком постановки на консульский/миграционный учет.

Я ОСОЗНАЮ, что в случае нарушения мной указанных правил, мое участие в мобильности может быть прекращено раньше срока по решению принимающей организации, НИУ ВШЭ или местных властей.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что у меня есть/будет оформлена медицинская страховка, действующая в течение ВСЕГО ПЕРИОДА моего пребывания на мобильности, удовлетворяющая ВСЕМ требованиям принимающей стороны и покрывающая как минимум расходы на оказание срочной медицинской помощи, в том числе в стационаре, транспортировку застрахованного лица в место постоянного проживания и посмертную репатриацию тела.

МНЕ ИЗВЕСТНО, что на период мобильности координатором мобильности от НИУ ВШЭ (далее – «координатор от НИУ ВШЭ») является:

Соколова Валерия Вадимовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

Директор ЦМСМуОП, studyabroad@hse.ru, +74957729590 доб. 27668

(должность, адрес электронной почты, телефон)

Я ОБЯЗУЮСЬ:

в течение 10 рабочих дней с момента прибытия на обучение в зарубежную принимающую организацию отправить по электронной почте координатору от НИУ ВШЭ Форму прибытия, подписанную ответственным лицом и заверенную печатью принимающей организации (при наличии)/учебным офисом принимающей ОП;

в течение 10 рабочих дней с момента завершения обучения и отъезда из зарубежной принимающей организации отправить по электронной почте координатору от НИУ ВШЭ Форму убытия, подписанную ответственным лицом и заверенную печатью принимающей организации (при наличии)/ учебным офисом принимающей ОП.

В случае возникновения чрезвычайных обстоятельств:

Я ОСОЗНАЮ необходимость строго следовать всем указаниям уполномоченных представителей принимающей стороны, предоставлять необходимые документы и выполнять все действия или воздерживаться от таковых, если это необходимо в соответствии с действующим законодательством на территории принимающей стороны и локальными актами принимающей организации;

Я ОБЯЗУЮСЬ уведомить любыми доступными в чрезвычайных обстоятельствах способами о возникшей ситуации и своем положении:

назначенного координатора принимающей организации (каждое направляемое и получаемое письмо я обязуюсь дублировать на адрес координатора от НИУ ВШЭ);

консульское учреждение страны моего гражданства (при нахождении за пределами страны гражданства);

координатора от НИУ ВШЭ.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что настоящим соглашением предоставляю НИУ ВШЭ право уведомлять обо ВСЕХ обстоятельствах, сообщенных мной или ставших известными НИУ ВШЭ о чрезвычайной ситуации, которая произошла во время осуществления мной участия в мобильности следующих лиц:

1) *Иванов Иван Иванович, отец, +79122121212*

(ФИО полностью, степень родства (если родственник), контактные данные)

2) *Иванова Ольга Ивановна, мать, +79122122112*

(ФИО полностью, степень родства (если родственник), контактные данные)

3) *(добавить пункты при необходимости)*

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что в случае возникшей в результате чрезвычайной ситуации необходимости моего досрочного выезда из города (*страны*), в котором осуществляется мобильность, я ОБЯЗУЮСЬ выполнить следующие действия:

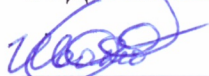
в течение пяти суток с момента, когда установлена связь с координатором от НИУ ВШЭ, Я ОБЯЗУЮСЬ принять решение о том, чтобы выехать из города (*страны*), в котором осуществляется мобильность или остаться в данном городе (*стране*);

в случае принятия решения о выезде из города (*страны*) приобрести проездной документ ЗА СВОЙ СЧЕТ.

Стоимость проездного документа возмещается НИУ ВШЭ после соответствующего письменного обращения в уполномоченное подразделение. При этом Я СОГЛАШАЮСЬ с тем, что НИУ ВШЭ оставляет за собой право оценить обоснованность расходов на приобретение проездного документа и компенсировать его стоимость в том размере, который будет признан обоснованным в сложившейся ситуации;

В случае если у меня отсутствуют средства на приобретение проездного документа, необходимого для выезда из места, где реализуется мобильность, Я ОСОЗНАЮ, что НИУ ВШЭ может принять решение о приобретении проездного документа на мое имя или направлении в мой адрес денежных средств в необходимом объеме в случае, если имеется такая техническая и финансовая возможность и в сроки, которые будут возможны.

СОДЕРЖАНИЕ СОГЛАСИЯ МНЕ ПОНЯТНО, Я СОГЛАСЕН (СОГЛАСНА) С НИМ.


(подпись)

/ *Иванов И.И.*
(Ф.И.О.)

20 июля 2025 г.
(дата)