*Форма согласия для выпускника*

*на участие в программе*

*и готовность работы с*

*научным ассистентом*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ФИО полностью*), даю согласие на приезд в НИУ ВШЭ в рамках программы HSE Alumni Academic Fellowship на период с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_. Также, даю согласие на работу с научным ассистентом из числа преподавателей, аспирантов и студентов НИУ ВШЭ.

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО | Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |