

Список документов по программе академической мобильности 2016-2017 г.

1. Заявление на имя ректора о командировании обучающегося за границу по форме (*пишется от руки, форма прилагается*).
 2. Заявление обучающегося по форме, утвержденной Правилами организации учебного процесса по кредитной технологии обучения. *Русский, английский языки, по 2 экземпляра (оригиналы) каждого. Виза координатора отправляющего вуза – печать.*
 3. Индивидуальный учебный план. (*из офиса-регистратора*)
 4. График обучения (*3 оригинала, с печатью факультета, сдать по одному оригиналу на факультет и в офис регистратора*).
 5. Транскрипт (*из офиса-регистратора*).
 6. Сертификат о владении языком. (*Копия*)
 7. Копия официального приглашения зарубежного вуза с нотариально заверенным переводом;
 8. Соглашение трехстороннее, подписанное между обучающимся, принимающим и отправляющим высшими учебными заведениями. (*соглашение на обучение, форма прилагается*)
Русский, английский языки, по 3 экземпляра (оригиналы) каждого. Визы: координатор департамента - координатор АМФ (зам.декана по науке и международным связям) - печать факультета. Координатор вуза - координатор АМУ (начальник отдела академической мобильности, 12 этаж ректорат, кабинет 1204).
 9. Выписка решения Ученого Совета факультета. (*на факультете*)
 10. Медицинская справка из ЦГКБ установленного образца для выезда за рубеж (*приказ № 907 от 23.11.2010г.*). Оригинал документа.
 11. Смета расходов (*2 экземпляра оригинала*)
- Дату во всех документах указывать как в приглашении.
Документы разложить в строгом порядке по списку.*

Затем документы сдаются на рассмотрение комиссии в ЦОС- каб.102 А (ДМС) (проходит каждую среду), также необходимо сделать копии и скан.версию всего пакета док-ов и сдать.

По приезду необходимо сдать финансовый отчет в Бухгалтерию в ЦОС.

**ПРИКАЗ ВЫХОДИТ ПОСЛЕ 10 РАБОЧИХ ДНЕЙ, С ПОСЛЕДУЮЩИМ
НАЧИСЛЕНИЕМ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ!!!!**

Приложение 1

Ректору КазНУ им.аль-Фараби
д.т.н., проф., академику
Муганову Г.М.
от студента (магистранта)
___ курса, факультета,
специальность, шифр
ФИО *(как в удостоверении личности)*

Заявление

Прошу Вас разрешить мне образовательную командировку по академической мобильности в течение _____ семестра 201_ - 201_ гг. в Университете _____ (город, страна) в период с _____ (число, месяц) 201_г. по _____ (число, месяц) 201_г., с обязательным перезачетом кредитов, применением ДОТ *(при обучении с ДОТ)* и сохранением стипендии.

Оплата расходов за 120 календарных дней будет осуществлена за счет средств республиканского бюджета, оставшиеся расходы за счет личных средств.

Студент (Магистрант) _____ ФИО
(подпись)

Зав.каф.
Зам.декана по науке и мс
Декан факультета
Директор ИНОТ (208) Ректорат
СЗИ 2 этаж Ректорат
ФЭО 6 этаж, 606 каб. Ректорат
ФЭУ (18 окно «Керемет»)
УПиСУП (801) Ректорат
ДАВ (3 этаж Ректорат)
Проректор по учебной работе 8 этаж Ректорат

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ**Академический год****Направление обучения:**

Эта форма должна быть заполнена черным цветом для лучшей передачи в случае отправки факсом

Отправляющий вуз

Название и полный адрес:

Казахский национальный Университет им. аль-Фараби,
050040, Республика Казахстан, г. Алматы, пр.Аль-Фараби 71

Ф.И.О. координатора департамента, тел., факс, e-mail

Дана Шокпарова, + 7 727 221 12 26

e-mail: Dana.Shokparova@kaznu.kz

Ф.И.О. координатора вуза, тел., факс,

Айжан Асылбекова, +7 727 221 14 67 (14-67); факс- 7 727 377 33 11

e-mail: Aizhan.Asylbekova@kaznu.kz**Личные данные обучающегося***(заполняются самим студентом)*

Фамилия:

Имя:

Дата рождения:

Постоянный адрес (если отличается):

Пол:

Гражданство:

Место рождения:

Текущий адрес проживания:

Тел.:

e-mail:

Перечень вузов, которые получают данную заявку (в порядке предпочтения):

ВУЗ	Страна	Период обучения		Срок пребывания (месяцев)	Кол-во ожидаемых кредитов ECTS
		с ___ по ___			

Ф.И.О. обучающегося:

Отправляющий вуз: Казахский национальный университет им. аль-Фараби

Страна: Казахстан

Коротко поясните мотивы вашего желания обучения за рубежом

.....

Языковые навыки

Родной язык: Казахский Язык обучения в своем вузе (если отличается): Русский.						
Другие языки	Изучаю в данный момент		Имею достаточные навыки, чтобы обучаться		Буду иметь достаточные навыки, если пройду дополнительную подготовку	
	да	нет	да	нет	да	нет
Английский	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Опыт работы, связанный с обучением (если имеется)

Опыт работы	Фирма/организация	Дата	Страна

Предшествующее и текущее обучение

Диплом/степень, на которую обучаетесь в данный момент

Количество лет обучения в высшем образовании до выезда за рубеж:

Были ли за границей? Да нет

Если да, то, где и в каком вузе?

.....

Прилагается полный транскрипт с описанием всех деталей предшествующего и текущего обучения. Сведения, которые недоступны во время подачи заявки, могут быть предоставлены позже.

Хотите ли вы подать на грант по мобильности, чтобы покрыть дополнительные затраты, связанные с обучением за рубежом? Да Нет

Принимающий вуз

Мы признаем получение заявки, предложенной программы обучения и транскрипта.

Указанный обучающийся:

Принят на обучение в нашем вузе

Не принят на обучение в нашем вузе

Подпись координатора департамента Подпись координатора вуза

.....

Дата: Дата:

ECTS - EUROPEAN CREDIT TRANSFER SYSTEM

STUDENT APPLICATION FORM

Photo

ACADEMIC YEAR

FIELD OF STUDY:

This application should be completed in BLACK in order to be easily copied and/or telefaxed.

SENDING INSTITUTION

Name and full address:

AL-Farabi Kazakh National University,
71, Al-Farabi Ave., 050040, Almaty, Republic of Kazakhstan

Department coordinator: name, telephone and fax numbers, e-mail

Dana Shokparova, +7 727 221 12 26

e-mail: Dana.Shokparova@kaznu.kz

Institutional coordinator - name, telephone and fax numbers, e-mail

Aizhan Asylbekova, +7 727 221 14 67 (14-67); факс- 7 727 377 33 11

e-mail: Aizhan.Asylbekova@kaznu.kz

STUDENT'S PERSONAL DATA

(to be completed by the student applying)

Surname:

First name (s):

Date of birth:

Gender:

Nationality:

Permanent address (if different):

Place of Birth:

Tel.:

Current address:

Tel.:

e-mail:

LIST OF INSTITUTIONS WHICH WILL RECEIVE THIS APPLICATION FORM (in order of preference):

Institution	Country	Period of study		Duration of stay (months)	N° of expected ECTS credits
		from	to		

Student's name:

Sending institution: Al-Farabi Kazakh National University

Country: Kazakhstan

Briefly state the reasons why you wish to study abroad ?

LANGUAGE COMPETENCE

Mother tongue:
 Language of instruction at home institution (if different):
 Russian, Kazakh language

Other languages	I am currently studying this language		I have sufficient knowledge to follow lectures		I would have sufficient knowledge to follow lectures if I had some extra preparation	
	yes	no	yes	no	yes	No
English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WORK EXPERIENCE RELATED TO CURRENT STUDY (if relevant)

Type of work experience	Firm/organisation	Dates	Country
No

PREVIOUS AND CURRENT STUDY

Diploma/degree for which you are currently studying:

Number of higher education study years prior to departure abroad:

Have you already been studying abroad ? Yes No

If Yes, when? at which institution ?

The attached Transcript of records includes full details of previous and current higher education study. Details not known at the time of application will provided be at a later stage.

Do you wish to apply for a mobility grant to assist towards the additional costs of your study period abroad? Yes No

RECEIVING INSTITUTION

We hereby acknowledge receipt of the application, the proposed learning agreement and the candidate's Transcript of records.

The above-mentioned student is: provisionally accepted at our institution
 not accepted at our institution

Departmental coordinator's signature

Institutional coordinator's signature

.....

.....

Date:

Date

СОГЛАШЕНИЕ НА ОБУЧЕНИЕ

Академический год 20...../20.....
 Направление обучения:.....
 Период обучения: с..... до.....

Ф.И.О. обучающегося:
Отправляющий вуз: Казахский национальный университет им. аль-Фараби
Страна: Казахстан

Детали программы обучения за рубежом:

Принимающий вуз:
Страна:

Код курса/дисциплины (если имеется)	Название курса (дисциплины)	Семестр	Кредиты принимающего вуза	ECTS кредиты
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

Подпись студента:..... **Дата:**.....

Отправляющий вуз:
Мы подтверждаем, что предлагаемая программа обучения утверждена.
 Подпись координатора департамента Подпись координатора вуза
 Дата:----- Дата:-----

Принимающий вуз:
Мы подтверждаем, что указанные выше изменения в программе обучения утверждены.
 Подпись координатора департамента Подпись координатора вуза
 Дата:----- Дата:-----

Изменения в первоначально предложенную программу обучения (заполняются, если имели место)

Ф.И.О. обучающегося:

Отправляющий вуз: Казахский национальный университет им. аль-Фараби

Страна: Казахстан

Код курса, дисциплины (если имеется)	Название курса (дисциплины, как указано в информационном пакете)	Семестр	Убран Курс (юнит)	Добавлен Курс (юнит)	ECTS кредиты
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----
-----	-----	-----	О	О	-----

Подпись студента:..... Дата:.....

Отправляющий вуз:
Мы подтверждаем, что изменения в первоначально предложенную программу обучения утверждены.

Подпись координатора департамента

Подпись координатора вуза

Дата:-----

Дата:-----

Принимающий вуз:
Мы подтверждаем, что изменения в первоначально предложенную программу обучения утверждены.

Подпись координатора департамента

Подпись координатора вуза

Дата:-----

Дата:-----

LEARNING AGREEMENT

Academic year 20...../20..... **Field of study:.....**
Study period: from..... **to.....**

Name of student:
Sending institution: Al-Farabi Kazakh National University
Country: Kazakhstan

Details of the proposed study program abroad

Receiving institution:

Course Code if any	Course title	Semester	Receiving institution credits	ECTS credits
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

Student's signature:..... Date:.....

Sending institution:
We confirm that the proposed program of study/learning agreement is approved.
 Departmental coordinator's signature Institutional coordinator's signature

 Date:----- Date:-----

Receiving institution:
We confirm that the above-listed changes to the initially agreed program of study/learning agreement are approved.
 Departmental coordinator's signature Institutional coordinator's signature

 Date:----- Date:-----

Changes to original proposed study program/learning agreement
 (to be filled in only if appropriate)

Student's name: _____

Sending institution: Al-Farabi Kazakh National University
Country: Kazakhstan

Course code if any	Course title (as indicated in the information package)	Semester	Deleted Added course course unit	unit	ECTS Credits
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----
-----	-----	-----	O	O	-----

Student's signature:..... Date:.....

Sending institution:
 We confirm that the above-listed changes to the initially agreed program of study/learning agreement are approved.

Departmental coordinator's signature _____ Institutional coordinator's signature _____
 Date:----- Date: -----

Receiving institution:
 We confirm that the above-listed changes to the initially agreed program of study/learning agreement are approved.

Departmental coordinator's signature _____ Institutional coordinator's signature _____
 Date:----- Date: -----

**График обучения в 20__ - 20__ учебном году
студента(магистранта) _ курса факультета _____, (к/о, р/о) отделения КазНУ им.
аль-Фараби
по специальности « _____ »
Ф.И.О.студента**

Во время заграничной командировки в Университете _____ будут изучаться следующие дисциплины:

№	Наименование дисциплины по ИУП	Семестр	Кол-во кредитов в РК	Кол-во кредитов по ECTS	Наименование дисциплин, изучаемых в принимающем университете	Кол-во кредитов в принимающем университете	Кол-во кредитов по ECTS
1							
2							
3							
4							
5							

Следующие дисциплины будут изучаться дистанционно:

№	Наименование дисциплины	Кол-во кредитов	Семестр	Ф.И.О. Преподавателя	Подпись преподавателя
1	(название дисциплин на языке обучения)				
2					
3					
4					
5					

Зав. кафедрой

Декан
факультета

Директор ЦДО

Начальник УМУ(бакалавриат)

Директор ИПО (магистратура, докторантура)

**Смета расходов по программе академической мобильности
МОН РК 120 дней**

ФИО обучающегося:

Курс, специальность:

Страна:

Название принимающего университета:

Период:

1. Транспортные расходы: авиабилет в оба конца: в тенге и долларах США.
2. Проживание:
3. Стоимость обучения:
4. Виза:
5. Страховка:

Итого:

Подпись обучающегося: