МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ФИЗИКИ

Р А С П О Р Я Ж Е Н И Е

«26» октября 2021 г. **Казань** **№** 1.12.06.1.01-04/14/2021

О прохождении практик вне структурных подразделений КФУ

Во исполнение постановления Главного государственного санитарного врача по Республике Татарстан М.А. Патяшиной от 11.10.2021 №7 «О проведении обязательной вакцинации против COVID-19 отдельным категориям граждан по эпидемическим показаниям в Республике Татарстан», обучающиеся профессиональных образовательных организаций и организаций высшего образования старше 18 лет, направляемые для прохождения практики и занятий вне структурных подразделений профессиональных организаций и образовательных организаций высшего образования, подлежат обязательной вакцинации.

В связи с вышеизложенным, на практику и занятия вне структурных подразделений КФУ могут быть направлены только следующие категории студентов:

1) прошедшие полный курс вакцинации против COVID-19 к началу практики;
2) переболевшие COVID-19 не более 6 месяцев назад на дату окончания практики.

Студенты, не удовлетворяющие перечисленным критериям, не могут быть направлены в сторонние организации для прохождения практики и должны проходить практики в структурных подразделениях КФУ.

При подготовке представления в приказ на практику, которая планируется проводиться вне структурных подразделений КФУ, **распоряжаюсь** к представлению в приказ на практику прикладывать информационную таблицу в соответствии с Приложением.

Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заведующих кафедрами Института физики.

Приложение: на 1 л. в 1 экз.

Директор Института физики Гафуров М. Р.

Исп.: Васильева Мария Александровна, тел. 233-76-42

Приложение

Информация по обучающимся Института физики,
направляемым на практику вне структурных подразделений КФУ

№ п/п	Обучающийся (ФИО полностью)	Группа	Руководитель практики (ФИО полностью)	Дата окончания курса вакцинации	Период перенесенного заболевания
1					
2					
3					
4					

Руководитель практики _____ /_____/

Заведующий кафедрой _____ /_____/