Министру здравоохранения

Республики Бурятия

Д.Н. Самбуеву

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. претендента полностью, дата рождения,

адрес места жительства, контактный телефон)

Заявление

 Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование образовательной организации)

по образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование специальности подготовки)

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать не менее 3-х лет в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­

(наименование государственной медицинской организации или государственного предприятия Республики Бурятии)

 Настоящим выражаю добровольное согласие на использование, обработку и хранение персональных данных, касающихся меня и добровольно представляемых мною.

 К настоящему заявлению прилагаю:

1. копию паспорта;

2.копию СНИЛС;

3. копию аттестата (диплома) о среднем общем (профессиональном) образовании (при наличии) или выписку из табеля успеваемости за последние 3 полугодия из образовательной организации среднего общего (профессионального) образования

4. характеристика с места учебы или работы;

5. договор о трудоустройстве с медицинской организацией;

6. договор о целевом обучении в 4 экз.

7.

С положением о порядке отбора граждан на целевое обучение по программам специалитета ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)

В случае, если Абитуриенту не исполнилось 18 лет, необходима подпись его законных представителей - родителя, усыновителя или попечителя.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)