

Главному врачу ГАУЗ «Заиграевская ЦРБ»В.П. Бабаеву

от _____

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места
жительства, контактный телефон)

Заявление

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в _____

(наименование образовательной организации)

по образовательной программе среднего профессионального, высшего образования (ординатура,
специалитет) по специальности _____

(подчеркнуть нужное)

(наименование специальности подготовки)

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать 3(три) года в

ГАУЗ «Заиграевская центральная районная больница»(наименование государственной медицинской организации или государственного предприятия
Республики Бурятии)Настоящим выражаю добровольное согласие на использование, обработку и хранение
персональных данных, касающихся меня и добровольно предоставляемых мною.К настоящему заявлению прилагаю:

- Копию паспорта (лицевая сторона и страница с регистрацией места жительства) (да/нет): _____
- Копию паспорта законного представителя (лицевая сторона и страница с регистрацией места
жительства): (да/нет): _____
- Копию ИНН (да/нет): _____
- Копию СНИЛС (да/нет): _____
- Копия диплома об образовании (да/нет): _____
- Документ об успеваемости (да/нет): _____
- Документы, подтверждающие индивидуальные достижения и волонтерскую деятельность при
наличии (перечислить): _____
- документы, подтверждающие преимущественное право
(перечислить): _____
- иные документы (перечислить): _____

С порядком отбора граждан на целевое обучение ознакомлен(а), прошу сообщить о принятом
решении следующим способом: __________
(подпись)_____
(Ф.И.О.)_____
(дата)В случае, если абитуриенту не исполнилось 18 лет, необходима подпись его законного
представителя – одного из родителей, усыновителя или попечителя:_____
(подпись)_____
(Ф.И.О.)_____
(дата)