

Министру здравоохранения
Республики Бурятия
Е.Ю. Лудуповой

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 Бурятия)

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

К настоящему заявлению прилагаю:

- Копию паспорта (лицевая сторона и страница с регистрацией места жительства);
- Копию паспорта законного представителя (лицевая сторона и страница с регистрацией места жительства);
- Копию ИНН;
- Копию СНИЛС;
- Копия диплома об образовании;*
- Договор о целевом обучении в 3 экземплярах.

С положением о порядке отбора граждан на целевое обучение ознакомлен(а):

В случае, если абитуриенту не исполнилось 18 лет, необходима подпись его
законного представителя – одного из родителей, усыновителя или попечителя:

* при необходимости, на обратной стороне указать:

- ФИО и конт. тел. законного представителя
- Результаты (баллы) ЕГЭ для выпускников прошлых лет (химия, биология, русский язык).
- Копия диплома об образовании для поступающих в ординатуру, специалитет на базе СПО)

* при необходимости, на обратной стороне указать:

- ФИО и конт. тел. законного представителя
- Результаты (баллы) ЕГЭ для выпускников прошлых лет (химия, биология, русский язык).
- Копия диплома об образовании для поступающих в ординатуру, специалитет на базе СПО)