Главному врачу

 ГБУЗ «Петропавловская ЦРБ»

 Бубеевой Баярме Дашинимаевне

от Иванова Ивана Ивановича, 01.01.2000, Респ.Бурятия, Джидинский район, с.Петропавловка, ул.Ленина, д.1, кв.1.

 тел.89000000001\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявление

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в

Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

по образовательной программе среднего профессионального, высшего образования (ординатура, специалитет) по специальности лечебное дело\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подчеркнуть нужное) (наименование специальности подготовки)

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

Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Петропавловская 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 представляемых мною.

К настоящему заявлению прилагаю:

* Копию паспорта (лицевая сторона и страница с регистрацией мета 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 4 экземплярах.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Иванов И.И. |
| (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) |