Министру здравоохранения

Забайкальского края

Сергею Олеговичу Давыдову

от \_\_\_\_Иванова Ивана Ивановича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспортные данные\_серия 7613 № 111111 выдан 01.02.2013 Отделом УФМС России по Забайкальскому краю в Читинском районе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер паспорта, кем и когда выдан)

Проживающий (ая) по адресу\_Читинский район, пгт. Атамановка. ул. Лесная, д. 12, 8-914-111-11-11\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес, контактный телефон)

Заявление

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении и включить меня в список абитуриентов для участия в конкурсе по отбору кандидатов на обучение по целевому направлению в ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Миздрава России\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

по программе специалитета по специальности «Лечебное дело»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

В течение 1 (одного) месяца с даты начала обучения обязуюсь заключить договор о мерах социальной поддержки на период целевого обучения с медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения Забайкальского края, и Министерством здравоохранения Забайкальского края.

По окончанию целевого обучения (не позднее одного месяца со дня получения соответствующего документа об образовании и квалификации) обязуюсь заключить трудовой договор (контракт) с медицинской организацией Забайкальского края о работе по должности в соответствии с потребностью здравоохранения Забайкальского края, и отработать в ней не менее 5 (пяти) лет.

Даю согласие на использование, обработку и хранение персональных данных, касающихся меня и добровольно представляемых мною.

К заявлению прилагаю:

1. копию паспорта (лицевая сторона и страница с регистрацией места жительства);

2. копию документа государственного образца об образовании (аттестата или диплома о среднем общем (профессиональном) образовании – для лиц, имеющих законченное среднее общее (профессиональное) образование);

3. заверенную выписку из табеля успеваемости за последние 3 полугодия обучения в образовательной организации среднего общего (профессионального) образования – для лиц, завершающих в данном году среднее общее (профессиональное) образование;

4. целевое направление от ГУЗ «Читинская центральная районная больница»;

(наименование медицинской организации)

5. оригинал и копию свидетельства ЕГЭ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись, расшифровка гражданина)

Если гражданину не исполнилось 18 лет:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись законного представителя, расшифровка)