

Министру здравоохранения Красноярского
края
Б.М. Немику

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))
проживающего (ей) по адресу

(почтовый адрес места жительства)

(номер телефона, электронный адрес (при наличии))

Заявление о заключении договора о целевом обучении

1. Сведения о претенденте: _____

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)),

_____,
(дата рождения, место рождения)

_____,
(почтовый адрес места жительства)

_____,
(наименование документа, удостоверяющего личность,

серия и номер документа, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

2. Сведения о родителе (ином законном представителе) претендента
(в случае подачи заявления родителем (иным законным представителем)
претендента): _____

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)),

_____,
(дата рождения)

_____,
(почтовый адрес места жительства)

_____,
(наименование документа, удостоверяющего личность,

серия и номер документа, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

3. Сведения о представителе претендента или родителя (иного законного
представителя) претендента (в случае подачи заявления представителем претендента
или родителя (иного законного представителя) претендента):

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)),

_____,
(дата рождения)

_____,
(почтовый адрес места жительства)

_____,
(наименование документа, удостоверяющего личность,

серия и номер документа, дата выдачи, наименование выдавшего органа; наименование документа, подтверждающего
полномочия представителя претендента или родителя (иного законного представителя) претендента, номер документа,
дата выдачи, кем выдан)

4. Прошу заключить с _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) претендента)

договор о целевом обучении в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(наименование образовательной организации)

по специальности _____

(указать код и наименование специальности (специальностей) подготовки по программе специалитета
31.05.01 Лечебное дело и (либо) 31.05.02 Педиатрия и (либо) 31.05.03 Стоматология
и (либо) 30.05.03 Медицинская кибернетика и (либо) 37.05.01 Клиническая психология)

По окончании целевого обучения претендент обязуется отработать по направлению министерства здравоохранения Красноярского края в государственной медицинской организации в течение 3 лет.

5. Уведомление о принятом решении о заключении с претендентом либо об отказе претенденту в заключении с ним договора о целевом обучении прошу направить (нужное отметить знаком V с указанием реквизитов):

по почтовому адресу:

_____;

(почтовый адрес)

на адрес электронной почты:

_____;

(адрес электронной почты)

6. Уведомление о решении, принятом по результатам проверки подлинности простой электронной подписи или действительности усиленной квалифицированной электронной подписи, прошу направить на адрес электронной почты:

(адрес электронной почты)

7. К заявлению прилагаю следующие документы:

Необходимое отметить: V

- 1) Договор о целевом обучении в 2 –х экз.
- 2) Копия паспорта претендента
- 3) Копия паспорта родителя/законного представителя/представителя претендента или родителя (иного законного представителя)
- 4) Копия свидетельства о рождении претендента
- 5) Копия СНИЛС претендента
- 6) Сведения об успеваемости из образовательной организации
- 7) Копия документа об образовании
- 8) Характеристика на претендента из образовательной организации
- 9) Справка из медицинской организации, подтверждающая добровольческую деятельность
- 10) _____
- 11) _____

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) родителя (иного законного представителя) претендента, либо представителя претендента, родителя (иного законного представителя) претендента)
руководствуясь статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю свое согласие на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении, а также документах, представленных с настоящим заявлением, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию персональных данных. Обработку персональных данных разрешаю с момента подписания настоящего заявления до дня отзыва в письменной форме.

Заявление представляется с согласием претендента на обработку персональных данных.

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) претендента)
руководствуясь статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю свое согласие на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении, а также документах, представленных с настоящим заявлением, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию персональных данных, необходимых для внесения в информационные системы, передачи образовательной организации, другим органам и организациям в целях осуществления контроля за прохождением мною целевого обучения. Обработку персональных данных разрешаю с момента подписания настоящего заявления до дня отзыва в письменной форме.

(дата)

(подпись претендента)

(дата)

(подпись родителя (иного законного представителя) претендента, либо представителя претендента, родителя (иного законного представителя) претендента)