|  |  |
| --- | --- |
|   | Министру здравоохранения Камчатского краяот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О (последнее – при наличии) претендента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(электронный адрес) |

Заявление
об участии в наборе на заключение договора о целевом обучении

с Министерством здравоохранения Камчатского края

Прошу рассмотреть мою кандидатуру для участия в наборе на заключение договора о целевом обучении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации высшего образования)

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование направления подготовки (профессии/специальности)

О себе сообщаю следующее:

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, серия и номер документа, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Порядком взаимодействия исполнительных органов государственной власти Камчатского края и граждан при организации целевого обучения в целях обеспечения системы здравоохранения Камчатского края квалифицированными кадрами, в том числе набора претендентов на заключение договора о целевом обучении ознакомлен.

Достоверность представленных документов гарантирую.

О необходимости незамедлительно уведомить Министерство здравоохранения Камчатского края в случае возникновения обстоятельств, препятствующих целевому обучению (незавершение предыдущего уровня образования, неудовлетворительные результаты государственной итоговой аттестации, болезнь, препятствующая получению образования, иное), извещен:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гражданин «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |
| Законный представитель (заполняется в случае, если заявление подается от имени несовершеннолетнего лица)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |
| Представитель по доверенности(заполняется в случае, если заявление подается от имени гражданина)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |