|  |  |
| --- | --- |
|  | Министру здравоохранения Камчатского края  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 |