|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение №1  к Порядку проведения отбора граждан для заключения договоров о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования |

В Министерство здравоохранения Республики Карелия

|  |
| --- |
|  |
| ФИО гражданина |
|  |
| дата рождения |
|  |
| место регистрации |
|  |
| адрес электронной почты |
|  |
| телефон |
|  |
| паспорт (серия, номер, кем и когда выдан) |
|  |

Заявление

о заключении договора о целевом обучении

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в

|  |
| --- |
|  |
| (образовательная организация) |

|  |  |
| --- | --- |
| на обучение по программе |  |
|  | (среднего профессионального образования, специалитета, ординатуры) |

|  |  |
| --- | --- |
| по специальности |  |
|  | (наименование специальности) |

Обязуюсь после обучения трудоустроиться в ГБУЗ «Кондопожская ЦРБ», подведомственное Министерству здравоохранения Республики Карелия.

С положениями постановления Правительства РФ от 13 октября 2020 года №1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования» ознакомлен(а).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |

Законный представитель гражданина (заполняется в случае недостижения гражданином 18-летнего возраста)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |