Приложение 2
к Порядку рассмотрения заявлений
о заключении договоров о целевом обучении
по образовательным программам высшего
медицинского образования (специалитета)

В Министерство здравоохранения
Тверской области
от_____
_____
_____
(ФИО гражданина)

Дата рождения _____
Паспортные данные_____№_____
кем выдан _____
_____
Дата выдачи _____
контактный телефон_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу рассмотреть мои документы и заключить со мной договор о целевом обучении в_____
(наименование образовательной организации)

_____
по специальности _____.

Настоящим выражаю добровольное согласие на использование, обработку и хранение моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для заключения и исполнения договора о целевом обучении.

Выражаю согласие на получение информации о моей успеваемости в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования медицинской организацией, передачу моих персональных данных для учета в Министерство здравоохранения Тверской области.

Мне разъяснено, что медицинская организации, с которой я обязуюсь заключить трудовой договор по окончанию целевого обучения определяется Министерством здравоохранения Тверской области.

К заявлению прилагаю:
_____
_____
_____

«___»_____20__г. _____
(подпись заявителя)

Законный
представитель_____
(ФИО)

на основании _____
(указать документ, подтверждающий полномочия законного представителя

_____
гражданина в установленном законом порядке)

«___»_____20___г. _____
(подпись законного представителя)

«___» _____ 20___г. _____ _____
(дата) (подпись) (Фамилия И.О.)