

В Министерство здравоохранения Мурманской области	
от	<u>Преображенского Филиппа Филипповича</u> Ф.И.О. (полностью)
Паспортные данные:	<u>1111 № 555555</u> серия, номер паспорта
<u>выдан УФМС России по Мурманской области</u> кем и когда выдан паспорт	
<u>дата выдачи: 01.03.2017</u>	
<u>8-921-000-333-33-33</u> (контактный телефон)	
<u>filipp198@mail.ru</u> (адрес электронной почты)	
Проживающего (ей) по адресу:	<u>212121, Мурманская обл., г. Апатиты, ул. Комсомольская, д. 16, кв. 1569</u>

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в
ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России
(наименование образовательной организации)

по специальности Лечебное дело

Мотивированное обоснование выбора профессии: Хочу посвятить
свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний

По окончании целевого обучения (не позднее 40 календарных дней с даты завершения срока прохождения аккредитации) обязуюсь заключить трудовой договор с медицинской организацией Мурманской области, подведомственной Министерству здравоохранения Мурманской области, о работе по должности, указанной в договоре о целевом обучении в соответствии с потребностью здравоохранения Мурманской области, и отработать в ней не менее 3-х лет.

В период обучения обязуюсь после завершения каждой промежуточной аттестации, но не позднее 14 календарных дней со дня завершения промежуточной аттестации, предоставлять в медицинскую организацию Мурманской области, подведомственную Министерству здравоохранения Мурманской области, с которой заключен договор о целевом обучении, информацию из организации, осуществляющей образовательную деятельность, в которой осваиваю образовательную программу, о результатах прохождения промежуточной аттестации.

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

реализации Закона Мурманской области от 19.12.2014 № 1820-01-ЗМО «О мерах социальной поддержки, направленных на кадровое обеспечение системы здравоохранения Мурманской области» и нормативных правовых актов, принятых во исполнение указанного закона, Приказа Министерства здравоохранения Мурманской области от 05.04.2021 № 173 «Об утверждении порядка отбора граждан для заключения договора о целевом обучении»; для заключения и исполнения договора о целевом обучении; выражаю согласие на получение информации об успеваемости в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования медицинской организацией, с которой заключен договор о целевом обучении.

К заявлению прилагаю:

Ксерокопию паспорта, выписку из табеля за последние три полугодия,
ксерокопию медицинской справки 086/у, ксерокопию ИНН, ксерокопию
СНИЛС, ксерокопии дипломов и грамот по химии и биологии – 3 шт.,
ксерокопию свидетельства о рождении, ксерокопию паспорта представителя
(мать), фото 3х4 – 1 шт.

«___» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Подпись представителя _____

Свидетельство о рождении I- ДП № 555555 от 25.02.2003, выдан отделом
ЗАГС по г. Мурманску

(указать документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина в установленном законом порядке)

«___» _____ 20__ г.