Руководителю

ГБУЗ Московской области

МОНИИАГ им. академика В.И. Краснопольского

 (наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Московской области)

Директору Шмакову Р.Г.

(ФИО руководителя медицинской организации государственной системы

здравоохранения Московской области)

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

(ФИО полностью (последнее при наличии) соискателя)

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

(ФИО полностью (последнее при наличии) законного представителя)\*

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

(дата рождения соискателя/законного представителя)

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

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

 (регистрация по месту жительства соискателя/законного представителя)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(контактный телефон соискателя/законного представителя)

 паспорт

(соискателя/законного представителя)

 выдан

(кем выдан)

ЗАЯВЛЕНИЕ

на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе
среднего профессионального или высшего образования (нужное подчеркнуть)

Прошу допустить меня к участию в отборе на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_ высшего образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с целью дальнейшего участия

(среднего профессионального/высшего образования)

в конкурсе на целевое обучение в образовательной организации по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 для получения требуемой специальности и дальнейшего

трудоустройства в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» имени академика В.И. Краснопольского\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Московской области)

Своей подписью подтверждаю, что все взятые обязательства по ранее заключенным договорам о целевом обучении по образовательной программе (среднего) высшего образования выполнены в полном объеме.

Законный представитель соискателя\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью (последнее при наличии) законного представителя)

зарегистрированный(ая) по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 (личная подпись законного представителя) (личная подпись соискателя)

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

\* Заполняется в случае недостижения соискателем 18-ти летнего возраста