

Руководителю

\_\_\_\_\_  
(наименование государственного учреждения  
здравоохранения Санкт-Петербурга)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество претендента полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

Место жительства

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон

\_\_\_\_\_  
Электронный адрес

### **Заявление**

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности

\_\_\_\_\_  
(наименование специальности, код)

После окончания целевого обучения обязуюсь отработать в течение 3-х лет в

\_\_\_\_\_  
(наименование государственного учреждения здравоохранения)

Согласен (согласна) на обработку моих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящим подтверждаю, что получаю образование данного уровня впервые.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)