

Руководителю

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

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя (родителя,  
усыновителя, попечителя))

адрес: \_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_,

### СОГЛАСИЕ

на заключение договора о целевом обучении  
по образовательной программе высшего образования  
несовершеннолетним в возрасте до 18 лет

Я, \_\_\_\_\_ (паспорт серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_),  
(Ф.И.О.)

выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_;  
зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
являюсь законным представителем \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. р., (паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_), выдан  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

Я даю свое согласие на заключение между \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

и медицинской организацией договора о целевом обучении по образовательной программе  
высшего образования в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской  
Федерации.

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)