*Кому главному врачу бюджетного учреждения*

*(должность)*

*Ханты-Мансийского автономного округа - Югры*

*«Нефтеюганская окружная клиническая*

*больница имени В.И.Яцкив»*

*Мальцеву Дмитрию Валерьевичу*

*(Фамилия И.О.)*

*От кого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Фамилия имя отчество)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(домашний адрес)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(контактные телефоны – мобильный, домашний)\**

*ЗАЯВЛЕНИЕ*

*Прошу направить меня для участия в конкурсе на целевые места, проводимом в рамках квоты целевого приема по программе высшего профессионального образования (специалитета) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(наименование образовательной организации)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(наименование факультета)*

*Обязуюсь заключить договор о целевом обучении, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 27.11.2013г. № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении».*

*Согласен на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(дата) (подпись) (Фамилия И.О.)*

*\*В целях оперативного решения организационных вопросов указать телефоны свои и близких родственников, доступные для контакта в любое время.*