

Главному врачу
ГБУЗ СК «ГП № 4»
г. Ставрополя
М.А. Ашихминой

ЗЯВЛЕНИЕ
на целевое обучение

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной
программе _____ специалитета _____ по _____ специальности _____

_____ (код, наименование специальности)

В _____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность

_____ по образовательным программам высшего образования)

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего
трудоустройства _____ В

_____ (наименование медицинской организации

_____ государственной системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность _____
(наименование должности)

Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия:

Законный представитель гражданина _____
(полностью фамилия, имя,

_____ отчество (при наличии) законного представителя)

дата рождения _____
проживающий по адресу _____

паспорт _____, выдан _____
(серия, номер) (дата выдачи, наименование

_____ органа, выдавшего документ, код подразделения)

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

1. _____ на _____ л. в 1 экз.;
2. _____ на _____ л. в 1 экз.;
3. _____ на _____ л. в 1 экз.;
4. _____ на _____ л. в 1 экз.;
5. _____ на _____ л. в 1 экз.;
6. _____ на _____ л. в 1 экз.;

7. _____ на ___ л. в 1 экз.;
8. _____ на ___ л. в 1 экз.;
9. _____ на ___ л. в 1 экз.;
10. _____ на ___ л. в 1 экз.;
11. _____ на ___ л. в 1 экз.;
12. _____ на ___ л. в 1 экз.;
13. _____ на ___ л. в 1 экз.;
14. _____ на ___ л. в 1 экз.;
15. _____ на ___ л. в 1 экз.

(подпись гражданина)

(фамилия, инициалы)

(дата)

Законный представитель (при необходимости):

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(дата)