Начальнику управления здравоохранения

Липецкой области

Ю.Ю. Шуршукову

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

(Ф.И.О. обучающегося в родительном падеже)

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

(дата рождения)

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

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

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

(зарегистрированного по адресу)

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

(контактные телефоны,

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

с указанием кода населенного пункта)

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

(адрес электронной почты (при наличии))

Заявление

Прошу рассмотреть вопрос об участии в отборе для заключения договора о

целевом обучении с последующим трудоустройством \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место осуществления трудовой деятельности в соответствии с квалификацией,

полученной в результате освоения образовательной программы)

в соответствии со [статьей 9.10.1](consultantplus://offline/ref=012FBC323FDA669020556A56CB7CA995BEAA4A9AC894D31B1F815672AE54C48B0571D5A009BF501490AE192337B33BEBB06DB8C7F351E11BD0CE953EP93FF) Закона Липецкой области от 30 декабря 2004

года N 166-ОЗ "О социальной поддержке обучающихся образовательных

организаций и дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот

и детей, оставшихся без попечения родителей, в Липецкой области" по

специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ как

(указать наименование специальности)

с обучающимся по программе ординатуры не на условиях целевого обучения.

Согласен(на) на обработку моих персональных данных в информационных

системах управления здравоохранения Липецкой области, Министерства

здравоохранения Российской Федерации.

О принятом решении прошу сообщить (нужное подчеркнуть):

по указанным контактным телефонам;

на указанный адрес электронной почты;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(иное)

Приложение: на \_\_\_\_ листах.

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

(подпись) (расшифровка подписи)

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

(дата)