|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (наименование образовательного учреждения) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (ФИО полностью) | | | | | | |
|  | дата рождения: | | |  | | | |
|  | место регистрации: | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | место проживания: | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | контактные телефоны: | | | |  | | |
|  | (дом.) |  | | | | | |
|  | (моб.) |  | | | | | |
|  | паспорт: серия | |  | | | № |  |
|  | дата выдачи | |  | | | | |
|  | кем выдан | |  | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | СНИЛС: | |  | | | | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное | | | | | | |
| бюджетное образовательное учреждение высшего образования | | | |  | | |
| « |  | | | | | |
|  | | | | | » |  |
| Министерства здравоохранения Российской Федерации | | | | | | |
| по специальности | |  | в рамках целевого обучения. | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: | | | | | | |
| отец (мать) |  | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | | | | | |
| место регистрации: | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| место постоянного проживания: | | | |  | | |
|  | | | | | | |
| Контактные телефоны: (дом.) | | |  | | (моб.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (наименование образовательного учреждения) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (ФИО полностью) | | | | | | |
|  | дата рождения: | | |  | | | |
|  | место регистрации: | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | место проживания: | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | контактные телефоны: | | | |  | | |
|  | (дом.) |  | | | | | |
|  | (моб.) |  | | | | | |
|  | паспорт: серия | |  | | | № |  |
|  | дата выдачи | |  | | | | |
|  | кем выдан | |  | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | СНИЛС: | |  | | | | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по специальности |  | в рамках целевого обучения. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: | | | | | | |
| отец (мать) |  | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | | | | | |
| место регистрации: | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| место постоянного проживания: | | | |  | | |
|  | | | | | | |
| Контактные телефоны: (дом.) | | |  | | (моб.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (наименование образовательного учреждения) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (ФИО полностью) | | | | | | |
|  | дата рождения: | | |  | | | |
|  | место регистрации: | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | место проживания: | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | контактные телефоны: | | | |  | | |
|  | (дом.) |  | | | | | |
|  | (моб.) |  | | | | | |
|  | паспорт: серия | |  | | | № |  |
|  | дата выдачи | |  | | | | |
|  | кем выдан | |  | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | СНИЛС: | |  | | | | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по специальности |  | в рамках целевого обучения. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: | | | | | | |
| отец (мать) |  | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | | | | | |
| место регистрации: | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| место постоянного проживания: | | | |  | | |
|  | | | | | | |
| Контактные телефоны: (дом.) | | |  | | (моб.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (наименование образовательного учреждения) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (ФИО полностью) | | | | | | |
|  | дата рождения: | | |  | | | |
|  | место регистрации: | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | место проживания: | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | контактные телефоны: | | | |  | | |
|  | (дом.) |  | | | | | |
|  | (моб.) |  | | | | | |
|  | паспорт: серия | |  | | | № |  |
|  | дата выдачи | |  | | | | |
|  | кем выдан | |  | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | СНИЛС: | |  | | | | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Петрозаводский государственный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по специальности |  | в рамках целевого обучения. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: | | | | | | |
| отец (мать) |  | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | | | | | |
| место регистрации: | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| место постоянного проживания: | | | |  | | |
|  | | | | | | |
| Контактные телефоны: (дом.) | | |  | | (моб.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | , |
| (Фамилия, имя, отчество полностью) | |  |

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», проживающий(ая) по адресу регистрации:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | , |
| документ, удостоверяющий личность: паспорт серия | | | |  | № |  | |
| дата выдачи |  | выдан (кем) |  | | | | |
|  | | | | | | | |

в целях исполнения договора об обучении

даю согласие департаменту здравоохранения Вологодской области, находящемуся по адресу: г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19, на обработку моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество;

дата и место рождения;

сведения об образовании;

место регистрации;

контактные телефоны;

данные паспорта гражданина Российской Федерации;

СНИЛС.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, проверка, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача в казенное учреждение Вологодской области «Областное казначейство» и в высшее медицинское образовательное учреждение, уничтожение персональных данных по истечении 5 лет после срока действия договора о целевом обучении.

Данное согласие действует со дня его подписания на период всего срока обучения.

Настоящее согласие может быть в любое время отозвано. Отзыв оформляется в письменном виде в соответствии с действующим законодательством.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |
| --- | --- |
| Согласен(а) |  |
|  | (ФИО законного представителя несовершеннолетнего гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |