|  |  |
| --- | --- |
|  | В ГКУЗ «Медицинский информационно - аналитический центр Калининградской области»от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять мои документы для участия в конкурсном отборе среди лиц, принятых в образовательные организации не на условиях целевого приема, для заключения договора о целевом обучении с предоставлением меры социальной поддержки в виде оплаты обучения по фактически произведенным расходам.

Согласен (на):

- на прохождение конкурсных процедур, включая индивидуальное собеседование для оценки профессиональных знаний;

- на проверку достоверности представленных мною сведений;

- на передачу и обработку моих персональных данных в комиссию по проведению конкурсного отбора среди лиц, принятых в образовательные организации по программам ординатуры не на условиях целевого приема для заключения договора о целевом обучении.

**Приложение:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п.п. | Наименование документов | Отметка о предоставлении(«+», «-») | Кол-во экземпляров |
| 1 | согласие на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» |  |  |
| 2 | копия документа, удостоверяющего личность |  |  |
| 3 | копия договора об оказании платных образовательных услуг по программам среднего профессионального образования или ординатуры  |  |  |
| 4 | копия аттестата о среднем (общем) или среднем (полном) образовании или диплома о высшем медицинском образовании |  |  |
| 5 | справка (реквизиты) кредитной организации об открытии (наличии) банковского счета с указанием номера счета и реквизитов кредитной организации |  |  |
| 6 | документы, подтверждающие оплату обучения |  |  |
| 7 | характеристика из образовательной организации |  |  |
| 8 | гарантийное письмо за подписью руководителя государственной медицинской организации Калининградской области, подтверждающее необходимость в обучении гражданина по данной специальности, согласие на заключение с кандидатом договора о целевом обучении, предоставление места работы по окончанию обучения по полученной специальности |  |  |

Прощу уведомить меня о ходе рассмотрения и готовности результата предоставления меры социальной поддержки по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия и инициалы)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г