

Руководителю ГБУЗ СК «Городская  
организации государственной системы  
поликлиника № 2» города Ставрополя  
здравоохранения Ставропольского края)

Ульянченко М. И

(фамилия, инициалы руководителя)

(полностью фамилия, имя, отчество)

(при наличии) гражданина,

дата рождения,

адрес проживания,

контактный телефон)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение по образовательной  
программе высшего образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования 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)

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 гражданина\*:**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.