

Форма

Заявление  
претендента на целевое обучение

Главному врачу  
ГБУЗ СК «ККПТД»  
В.С. Одинцу

ФИО претендента \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

Прошу допустить меня к участию в отборе на заключение договора о целевом обучении в \_\_\_\_\_

с целью дальнейшего участия в конкурсе на целевой прием в \_\_\_\_\_  
наименование образовательной организации высшего образования

по специальности \_\_\_\_\_  
наименование образовательной организации высшего образования

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в государственное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер».  
наименование специальности

Заполняется в случае недостижения абитуриентом 18-летнего возраста.

Законный представитель гражданина  
ФИО законного представителя \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_  
проживающий по месту жительства \_\_\_\_\_

паспорт  
выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
расшифровка подписи

\_\_\_\_\_   
дата