

Руководителю государственного бюджетного  
(наименование медицинской  
учреждения здравоохранения Ставропольского  
организации государственной системы  
края «Нефтекумская районная больница»  
здравоохранения Ставропольского края)  
Ржевскому А.В.  
(фамилия, инициалы руководителя)  
(полностью фамилия, имя, отчество  
(при наличии) гражданина,  
дата рождения,  
адрес проживания,  
контактный телефон)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение по образовательной  
программе среднего профессионального образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по  
образовательной программе среднего профессионального образования по  
специальности \_\_\_\_\_

(код, наименование специальности)

В \_\_\_\_\_  
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность

по образовательным программам среднего профессионального 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 гражданина)

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.