	Руководителю
	(наименование медицинской
	организации государственной системы
	здравоохранения Ставропольского края)
	(фамилия, инициалы руководителя)
	(полностью фамилия, имя, отчество
	(при наличии) гражданина,
	дата рождения,
	адрес проживания,
	контактный телефон)
	ЗАЯВЛЕНИЕ
	бучение по образовательной ие высшего образования
Прошу заключить со образовательной программе высп	мной договор о целевом обучении по цего образования по специальности
	именование специальности)
(наименование организации,	осуществляющей образовательную деятельность
по образовательны для получения требуемой м грудоустройства в	ым программам высшего образования) едицинской специальности и дальнейшего
	ицинской организации государственной
системы здраво на должность	оохранения Ставропольского края)
(наг	именование должности)
Законный представитель граждан (по.	лностью фамилия, имя,
отчество (при н дата рождения	наличии) законного представителя)

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

органа, выдавшего документ, код подразделения)

проживающий по адресу

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.
(полпись гражланин	а) (фамилия, инициалы) (дата)	
(подпись гражданин	u, (quimin, minimum) (quiu)	
Законный представитель гражд	цанина*:	
(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.