\*Начальнику главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома Вишневецкому М.Л.

гр-на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

окончившего \_\_\_ классов средней школы

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ орган, выдавший паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Контактный телефон:*

*+375\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**заявление**

Прошу заключить со мной договор на целевую подготовку (далее – договор) в учреждении образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
| (указать наименование учреждения образования) |
| по специальности |
| (указать наименование факультета) |
| При подаче документов в приёмную комиссию обязуюсь подписать договор. Даю согласие главному управлению по здравоохранению Витебского облисполкома на обработку персональных данных на период май-август текущего года. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись гражданина)

\*\*С заключением договора на целевую подготовку несовершеннолетним гражданином

|  |  |
| --- | --- |
| (фамилия, собственное имя, отчество) |  |
| согласен |  |
| (фамилия, собственное имя, отчество), | степень родства, |
| паспорт |  |
| данные документа, удостоверяющего личность (серия (при наличии), номер, | дата выдачи, |
|  |  |
| наименование государственного органа, его выдавшего, |  |
|  |  |
| идентификационный номер |  |

При подаче документов в приёмную комиссию обязуюсь подписать договор. Даю согласие главному управлению по здравоохранению Витебского облисполкома на обработку персональных данных на период май-август текущего года.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись родителя)

\* текст заявления заполняется от руки печатными буквами или набирается на компьютере.

\*\* согласие родителей на заключение договора с гражданином заполняется, если гражданину ещё не исполнилось 18 лет!