**Заявление**

**на заключение договора о целевом обучении**

**по образовательным программам среднего профессионального образования медицинского профиля**

В министерство образования Белгородской области

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. претендента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата рождения)

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(телефон)

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

(наименование образовательной организации среднего профессионального/  
высшего образования)

по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование специальности)

Заполняется в случае недостижения претендентом на заключение договора   
о целевом обучении 18-летнего возраста:

Законный представитель гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. законного представителя)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(серия) (номер)(когда и кем выдан)

С Порядком проведения отбора претендентов на заключение договора   
о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования медицинского профиля ознакомлен.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)(расшифровка подписи)

Достоверность представленных документов гарантирую:

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)(расшифровка подписи)

С процедурой размещения решений Комиссии по отбору претендентов  
на заключение договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования медицинского профиля   
на официальном сайте министерства образования ознакомлен.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)(расшифровка подписи)

О необходимости незамедлительно уведомить Комиссию по отбору претендентов на заключение договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования медицинского профиля   
в случае возникновения обстоятельств, препятствующих целевому обучению (незавершение предыдущего уровня образования, неудовлетворительные результаты государственной итоговой аттестации, болезнь, препятствующая получению образования, и иное), извещен.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)(расшифровка подписи)