

Руководителю

(наименование государственного учреждения здравоохранения
Санкт-Петербурга)

от _____

(фамилия, имя, отчество претендента полностью)

(дата рождения)

(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

Место жительства

Контактный телефон

Электронный адрес

Заявление

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности: _____

(наименование специальности)

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать в течение 3-х лет в _____

(наименование государственного учреждения здравоохранения)

С Порядком проведения отбора в учреждении ознакомлен.

Настоящим подтверждаю, что получаю образование данного уровня впервые.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)