Приложение № 1 к Порядку проведения отбора лиц, желающих заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры с государственным учреждением здравоохранения Санкт-Петербурга

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 высшего образования – программе ординатуры по специальности

_____

(наименование специальности, код)

После окончании целевого обучения обязуюсь отработать в течение 3-х лет в

_____

(наименование государственного учреждения здравоохранения)

С Порядком проведения конкурсного отбора в учреждении ознакомлен.

Настоящим подтверждаю, что получаю образование данного уровня впервые и не имею неисполненных обязательств по договору о целевом обучении по образовательной программе высшего образования.

«____»_____20__ г.

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество)