

Министру здравоохранения  
Красноярского края

Б.М. Немику

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество претендента полностью)

\_\_\_\_\_

(дата рождения)

\_\_\_\_\_

(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

Место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

по специальности \_\_\_\_\_  
(Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология - указывается одна или несколько специальностей)

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать не менее 3-х лет в государственной медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Красноярского края.

Уведомление о принятом решении прошу направить \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ .  
(указать каким способом: по электронной почте или почтовым отправлением)

Приложения (необходимое отметить):

1. Согласие на обработку персональных данных
2. Копия паспорта претендента
3. Копия паспорта законного представителя претендента
4. Копия СНИЛС претендента
5. Итоговая успеваемость претендента за 10 класс
6. Копия аттестата о среднем общем образовании
7. Копия диплома о среднем профессиональном (медицинском) образовании
8. Характеристика
9. Справка из медицинской организации, подтверждающая добровольческую деятельность в объеме не менее 150 часов
10. Копия трудовой книжки, заверенная в медицинской организации

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

Подпись

## Согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество полностью (последнее при наличии) претендента)

\_\_\_\_\_  
 место жительства (пребывания) претендента)

\_\_\_\_\_  
 выдан \_\_\_\_\_

(вид и номер документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

в лице представителя (если претендент действует через представителя)

\_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество полностью (последнее при наличии) представителя)

\_\_\_\_\_  
 (место жительства (пребывания)

\_\_\_\_\_  
 выдан \_\_\_\_\_

(вид и номер документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

\_\_\_\_\_  
 (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия  
 представителя)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю министерству здравоохранения Красноярского края согласие на обработку моих персональных данных, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию моих персональных данных, необходимых для внесения в информационные системы министерства здравоохранения Красноярского края, передачи образовательной организации, другим органам и организациям в целях осуществления контроля за прохождением мною целевого обучения.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования, фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, сведения о документе, удостоверяющем личность, семейное положение, адрес места жительства (пребывания), номер телефона, адрес электронной почты, сведения об образовании, о дополнительной подготовке, о добровольчестве, об итогах промежуточной аттестации, о договоре о целевом обучении.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения мною обязательств, предусмотренных договором о целевом обучении.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
 (подпись)

\_\_\_\_\_  
 (расшифровка подписи)