

Образец

Министру здравоохранения
Красноярского края

Б.М. Немику

Иванов Николай

(фамилия, имя, отчество претендента полностью)

Иванович, 01.01.2003

(дата рождения)

04 15 236789 Ту МВД по Красно-

(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

ярскому краю, 01.01.2014

Место жительства (пребывания) _____

г. Красноярск,

ул. Фомина, 178-248

Контактный телефон _____

8 908 000 01 02

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

(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 _____

javlokov@gmail.com

(указать каким способом: в электронной форме или почтовым отправлением)

Приложения (указываются прилагаемые документы):

1. Согласие на обработку персональных данных.

2. Копия паспорта

3. Копия паспорта законного представ-ля

4. Копия справки

5. Характеристика

6. Сведения об целевом обучении

7... Копия справки о волонтерстве

02.03.2020

Дата

Иванов

Подпись

Согласие на обработку персональных данных

Иванов Николай Иванович
(фамилия, имя, отчество полностью (последнее при наличии) претендента)

г. Красноярск, ул. Фонова, 178-241

место жительства (пребывания) претендента)

паспорт 04 15 236781

(вид и номер документа, удостоверяющего личность)

выдан ТУ МВД по Красноярскому краю «04» 04 2014 г.

в лице представителя (если претендент действует через представителя)

Иванова Мария Федоровна, г. Красноярск

(фамилия, имя, отчество полностью (последнее при наличии) представителя), место
жительства (пребывания)

ул. Фонова, 178-241, паспорт 0116123456

(вид и номер документа, удостоверяющего личность)

выдан МВД России по Кр. кр. «29» 09 2015 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.

«2» марта 2020 года

Иванов

(подпись)

Иванов Н.И.

(расшифровка подписи)