Приложение №2 к письму К	омитета по	здравоохранению
OT		<u>№</u>

Рекомендуемый перечень документов, предоставляемый заявителями для заключения договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования

- 1. Заявление гражданина по прилагаемой форме;
- 2. Согласие на обработку персональных данных по прилагаемой форме;
- 3. Копия паспорта гражданина Российской Федерации (разворот с фото и разворот с регистрацией);
- 4. Согласие законного представителя (*для несовершеннолетних*) по прилагаемой форме;
- 5. Копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя гражданина;
- 6. Заверенная руководителем организации, в которой гражданин обучается, выписка из табеля успеваемости за последний год обучения (для заканчивающих в текущем году обучение по программе основного общего или среднего общего образования);
 - 7. Копия аттестата об основном общем образовании (при наличии);
 - 8. Копия аттестата о среднем общем образовании (при наличии);
- 9. Копии документов, подтверждающих участие в волонтерских движениях (мероприятиях) в сфере здравоохранения (*при наличии*);
- 10. Копии документов, подтверждающих участие в олимпиадах по биологии, химии (при наличии).
- 11. Копии грамот, благодарственных писем и других документов, подтверждающих участие в общественной деятельности образовательного учреждения (*при наличии*).

Руководителю

	(наименование государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга)		
	OT		
	(фамилия, имя, отчество претендента полностью)		
	(дата рождения)		
	(серия, № паспорта, кем, когда выдан) Место жительства		
	Контактный телефон		
	Электронный адрес		
Прошу заключить со мной дого	Заявление вор о целевом обучении по образовательной проразования по специальности:		
(наимено	вание специальности)		
По окончании целевого обучения обязун	юсь отработать в течение 3-х лет в		
(наименование государст	венного учреждения здравоохранения)		
С Порядком проведения отбора в учреж	дении ознакомлен.		
Настоящим подтверждаю, что получаю	образование данного уровня впервые.		
«»20г.			
(подпись)	(фамилия, имя, отчество)		

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я,		
,	(фамилия, имя, отчество)	,
		елевом обучении и в соответствии № 152-ФЗ «О персональных дан-
даю согласие		
(наиме	нование государственного учреждения	здравоохранения Санкт-Петербурга)
расположенному по адр	pecy:	
их персональных данны телефона, адрес электр моих данных с использ вательные учреждения программы профессион охранению в целях обес взаимодействии с обраства РФ от 13.10.2020 среднего профессионал	их (фамилия, имя, отчество, пасло онной почты), а именно обрабо вованием информационно-телеко профессионального образовани и подведопечения соблюдения законодате вовательными учреждениями в р № 1681 «О целевом обучении ьного и высшего образования».	дств автоматизации обработку мо- ортные данные, контактный номер отку и передачу (предоставление) оммуникационных сетей в образо- ся, реализующие образовательные омственные Комитету по здраво- льства Российской Федерации при оамках Постановления Правитель- по образовательным программам до дня его отзыва в письменной
(дата)	(подпись)	(расшифровка подписи)

Руководителю

	(наименование государственного учреждения здрав охранения Санкт-Петербурга)	0-
	OT	
	от(Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, попечителя)	
	адрес:	,
	телефон:	,
по образовательной программ	СОГЛАСИЕ договора о целевом обучении не среднего профессионального образования влетним в возрасте до 18 лет	
Я,	(паспорт серия N)),
(Ф.И.О.)		
` /	_r	:
являюсь законным представителем	,	.,
	(Ф.И.О.)	
	спорт серия	, ,
	, заре	эги-
стрированного по адресу:		
		.•
Я даю свое согласие на заключени	е между	,
	(Ф.И.О.)	
и медицинской организацией договор	а о целевом обучении по образовательной прогр	ам-
	зования в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданск	
кодекса Российской Федерации.	•	
-		