|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | Главному врачу  Брестского областного ЦГЭиОЗ  Ильяшевой Е.В. | | | | |
|  |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | | (фамилия, собственное имя, | | | | |
|  | | отчество (если таковое имеется) абитуриента) | | | | |
|  | | проживающего(щей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | | (адрес регистрации, места пребывания) | | | | |
|  | | телефон | | +375 | | | |
|  | | (контактный телефон) | | | | |
|  | | паспорт | | |  | |
|  | | (номер, серия при наличии) | | | | |
|  | | выдан |  | | | |
|  | | (дата выдачи и наименование органа, выдавшего паспорт или | | | | |
|  | | идентификационную карту | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | идентификационный номер паспорта или идентификационной карты гражданина Республики Беларусь, или вида на жительство в Республике Беларусь, или биометрического вида на жительство в Республике Беларусь иностранного гражданина, или биометрического вида на жительство в Республике Беларусь лица без гражданства (при наличии), в том числе биометрического паспорта гражданина Республики Беларусь) | | | | |

Прошу заключить со мной договор о целевой подготовке специалиста с высшим образованием, специалиста (рабочего) со средним специальным образованием для поступления в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ государственный медицинский университет по специальности медико-профилактическое дело.

С информацией об условиях целевой подготовки ознакомлен(а).

Даю согласие на обработку моих персональных данных на срок до 31 августа 2025 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись

С заключением договора о целевой подготовке с несовершеннолетним \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен(на): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. абитуриента) (степень родства)

|  |
| --- |
|  |
| (Ф.И.О. законного представителя, паспортные данные, когда и кем выдан, идентификационный номер) |
|  |
|  |

С информацией об условиях целевой подготовки ознакомлен(а).

Даю согласие на обработку моих персональных данных на срок до 31 августа 2025 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись