|  |  |
| --- | --- |
|  | В Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецкая городская детская клиническая больница № 4» |
|  | (указывается наименование медицинской организации) |
|  | от |
|  | (Ф.И.О. подписью) |
|  | Паспортные данные: |
|  |  (серия, номер) |
|  |  |
|  | (кем и когда выдан паспорт) |
|  |  |
|  | (контактный телефон с указанием кода города (оператора связи)) |
|  | Проживающего (ей) по адресу: |
|  |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование ВУЗа)

по специальности высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(код и наименование специальности)

По окончанию целевого обучения (не позднее 1 месяца с даты завершения срока прохождения аккредитации) обязуюсь заключить трудовой договор с Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецкая городская детская клиническая больница № 4»

(указывается наименование медицинской организации)

о работе по должности, указанной в договоре о целевом обучении в соответствии с потребностью Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецкая городская детская клиническая больница № 4»

(указывается наименование медицинской организации)

и отработать в ней не менее 3х лет.

Настоящим выражаю добровольное согласие на использование, обработку и хранение моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для реализации положения о мерах социальной поддержки, утвержденного в медицинской организации; для заключения и исполнения договора о целевом обучении; выражаю согласие на получение информации об успеваемости в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования медицинской организацией, с которой заключен договор о целевом обучении.

К заявлению прилагаю:

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)