

Министру здравоохранения Рязанской области

А.А. Прилуцкому

выпускника (цы) 20__ года

(Ф.И.О. абитуриента полностью)

(наименование образовательной организации)

(дата рождения)

(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

(место жительства)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас заключить со мной договор о целевом обучении в _____

(наименование образовательной организации)

по специальности _____
(наименование специальности)

Согласен (согласна) на обработку моих персональных данных в информационных системах Министерства здравоохранения Рязанской области в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Подпись претендента _____ (_____)
(подпись) (расшифровка подписи)