

**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)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество претендента полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

Место жительства

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон

\_\_\_\_\_  
Электронный адрес

## Заявление

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование специальности)

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать в течение 3-х лет в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование государственного учреждения здравоохранения)

С Порядком проведения отбора в учреждении ознакомлен.

Настоящим подтверждаю, что получаю образование данного уровня впервые.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

в связи с подачей заявления на заключение договора о целевом обучении и в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»

даю согласие

\_\_\_\_\_ (наименование государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга)

расположенному по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, паспортные данные, контактный номер телефона, адрес электронной почты), а именно обработку и передачу (предоставление) моих данных с использованием информационно-телекоммуникационных сетей в образовательные учреждения профессионального образования, реализующие образовательные программы профессионального образования и подведомственные Комитету по здравоохранению в целях обеспечения соблюдения законодательства Российской Федерации при взаимодействии с образовательными учреждениями в рамках Постановления Правительства РФ от 13.10.2020 № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Руководителю**

\_\_\_\_\_ (наименование государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга)

от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

адрес: \_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_,

**СОГЛАСИЕ**

**на заключение договора о целевом обучении  
по образовательной программе среднего профессионального образования  
несовершеннолетним в возрасте до 18 лет**

Я, \_\_\_\_\_ (паспорт серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_),  
(Ф.И.О.)

выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_;  
зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
являюсь законным представителем \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. р., (паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_), выдан  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

Я даю свое согласие на заключение между \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

и медицинской организацией договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации.

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.