|  |  |
| --- | --- |
|  | В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника |
|  |  |
|  | (наименование образовательного учреждения) |
|  |  |
|  | (ФИО полностью) |
|  | дата рождения: |  |
|  | место регистрации: |  |
|  |  |
|  | место проживания: |  |
|  |  |
|  | контактные телефоны:  |  |
|  | (дом.) |  |
|  | (моб.) |  |
|  | паспорт: серия |  | № |  |
|  | дата выдачи |  |
|  | кем выдан |  |
|  |  |
|  | СНИЛС: |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |
| --- |
| Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное  |
| бюджетное образовательное учреждение высшего образования  |  |
| « |  |
|  | » |  |
| Министерства здравоохранения Российской Федерации |
| по специальности |  | в рамках целевого обучения. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |
| --- |
| Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: |
| отец (мать) |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| место регистрации: |  |
|  |
| место постоянного проживания: |  |
|  |
| Контактные телефоны: (дом.) |  | (моб.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника |
|  |  |
|  | (наименование образовательного учреждения) |
|  |  |
|  | (ФИО полностью) |
|  | дата рождения: |  |
|  | место регистрации: |  |
|  |  |
|  | место проживания: |  |
|  |  |
|  | контактные телефоны:  |  |
|  | (дом.) |  |
|  | (моб.) |  |
|  | паспорт: серия |  | № |  |
|  | дата выдачи |  |
|  | кем выдан |  |
|  |  |
|  | СНИЛС: |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образованияПервый Московский государственный медицинский университет имениИ.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по специальности |  | в рамках целевого обучения. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |
| --- |
| Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: |
| отец (мать) |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| место регистрации: |  |
|  |
| место постоянного проживания: |  |
|  |
| Контактные телефоны: (дом.) |  | (моб.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника |
|  |  |
|  | (наименование образовательного учреждения) |
|  |  |
|  | (ФИО полностью) |
|  | дата рождения: |  |
|  | место регистрации: |  |
|  |  |
|  | место проживания: |  |
|  |  |
|  | контактные телефоны:  |  |
|  | (дом.) |  |
|  | (моб.) |  |
|  | паспорт: серия |  | № |  |
|  | дата выдачи |  |
|  | кем выдан |  |
|  |  |
|  | СНИЛС: |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по специальности |  | в рамках целевого обучения. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |
| --- |
| Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: |
| отец (мать) |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| место регистрации: |  |
|  |
| место постоянного проживания: |  |
|  |
| Контактные телефоны: (дом.) |  | (моб.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника |
|  |  |
|  | (наименование образовательного учреждения) |
|  |  |
|  | (ФИО полностью) |
|  | дата рождения: |  |
|  | место регистрации: |  |
|  |  |
|  | место проживания: |  |
|  |  |
|  | контактные телефоны:  |  |
|  | (дом.) |  |
|  | (моб.) |  |
|  | паспорт: серия |  | № |  |
|  | дата выдачи |  |
|  | кем выдан |  |
|  |  |
|  | СНИЛС: |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования«Петрозаводский государственный университет»Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по специальности |  | в рамках целевого обучения. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |
| --- |
| Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: |
| отец (мать) |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| место регистрации: |  |
|  |
| место постоянного проживания: |  |
|  |
| Контактные телефоны: (дом.) |  | (моб.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |