|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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) |