

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)