Руководителю

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (наименование медицинской организации) |

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

заявление.

Прошу направить на целевое обучение в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации высшего образования)

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (лечебное дело, педиатрия, стоматология)

Подписывая настоящее заявление, даю медицинской организации

|  |
| --- |
|  |
| (наименование мед.организации) |
| расположенной по адресу: |
|  |

свое согласие на обработку (в т.ч. в информационных системах персональных данных) моих персональных данных, в объеме предоставленных в настоящем заявлении, включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение на бумажном и электронном носителях, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в Министерство здравоохранения Республики Коми для обработки с целью реализации постановления Правительства Российской Федерации от 13 октября 2020 № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 21 марта 2019 г. № 302»

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Фамилия и инициалы)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_