|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу  государственного учреждения  «Минский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»  Тарасенко А.А.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, собственное имя, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отчество (если такое имеется))  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес регистрации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (телефон) |

ЗАЯВЛЕНИЕ \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_. \_\_\_ 2024

Прошу заключить со мной договор о целевой подготовке специалиста на обучение в очной форме получения высшего образования в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» по специальности «Медико-профилактическое дело».

Место работы по окончании учреждения образования будет предоставлено в одном из территориальных центров гигиены   
и эпидемиологии Минской области в соответствии с потребностью   
в кадрах на момент распределения выпускника.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

Даю согласие на обработку моих персональных данных для получения целевого договора

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу  государственного учреждения  «Минский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»  Тарасенко А.А.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, собственное имя, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отчество (если такое имеется))  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес регистрации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (телефон) |

ЗАЯВЛЕНИЕ \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_. \_\_\_ 2024

Прошу заключить с моей дочерью (сыном)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

договор о целевой подготовке специалиста на обучение в очной форме получения высшего образования в учреждении образования   
«Белорусский государственный медицинский университет»   
по специальности «Медико-профилактическое дело».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

Даю согласие на обработку моих персональных данных для получения целевого договора

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)