

Приложение N 1
к Порядку проведения отбора лиц, желающих заключить договор о
целевом обучении по образовательной программе среднего
профессионального образования с СПб ГБУЗ «Городская поликлиника
№43»

Главному врачу
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №43»
Родыгину Сергею Александровичу
(наименование государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга)

от _____
(фамилия, имя, отчество претендента полностью)

(дата рождения)

(серия, N паспорта, кем, когда выдан)

Место жительства

Контактный телефон

Электронный адрес

Заявление

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности «Сестринское дело», код **34.02.01**

(наименование специальности, код)

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать в течение 3 лет в
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №43»

(наименование государственного учреждения здравоохранения)

С Порядком проведения конкурсного отбора в учреждении ознакомлен.

Настоящим подтверждаю, что получаю образование данного уровня впервые.

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)