

Министру здравоохранения Рязанской области А.А. Прилуцкому

Выпускника (цы) 20__ года _____
(Ф.И.О. абитуриента полностью)

(наименование образовательной организации)

(дата рождения)

(серия, номер паспорта, кем, когда выдан)

(адрес регистрации)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить договор о целевом обучении в _____
(наименование учебного заведения)

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

Подпись