

Приложение 1 к Порядку

ФОРМА

Главному врачу
бюджетного учреждения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Нижневартовская окружная клиническая больница»
(должность руководителя медицинской организации)

_____ (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от _____

_____ (Ф.И.О. претендента)

Заявление

о включении в число претендентов для участия
в конкурсе на обучение в рамках квоты приема на целевое обучение
по программе среднего профессионального образования в одну образовательную
организацию на один факультет

Прошу включить меня в число претендентов для участия
в конкурсе на обучение в рамках квоты приема на целевое обучение
по программе среднего профессионального образования, в одну образовательную
организацию на один факультет, проводимом в

_____ (наименование образовательной организации)

_____ (наименование факультета)

Обязуюсь заключить договор о целевом обучении в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 13 октября 2020 года № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования».

Согласен на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Контактные телефоны _____

« _____ » _____ 20____ г. _____
(дата) (подпись) (Ф.И.О.)

Список претендентов на участие в конкурсе на обучение в рамках квоты приема на целевое обучение по программе среднего профессионального образования

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Нижневартовская окружная клиническая больница»

(наименование медицинской организации)

Ф.И.О.	Образовательная организация	Факультет	Место трудоустройства	Прогнозируемый средний балл аттестата	Контактные телефоны	Дата и № договора

Главный врач

(подпись)

(Ф.И.О.)

Начальник отдела кадров

(контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Приложение 3 к Порядку

ФОРМА

Главному врачу
бюджетного учреждения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Нижневартовская окружная клиническая больница»
(должность руководителя медицинской организации)

(Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от

(Ф.И.О. претендента)

Заявление

о включении в число претендентов для участия в конкурсе
на обучение в рамках квоты приема на целевое обучение по программе
специалитета в одну образовательную организацию на один факультет

Прошу включить меня в число претендентов для участия
в конкурсе на обучение в рамках квоты приема
на целевое обучение по программе специалитета, в одну образовательную
организацию на один факультет, проводимом в

(наименование образовательной организации)

(наименование факультета)

Обязуюсь заключить договор о целевом обучении в соответствии
с Федеральным законом от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ
«Об образовании в Российской Федерации», постановлением Правительства
Российской Федерации от 13 октября 2020 № 1681
«О целевом обучении по образовательным программам среднего
профессионального и высшего образования».

Согласен на обработку персональных данных в соответствии
с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных».

Контактные телефоны _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

(дата)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Приложение 4 к Порядку

ФОРМА

Список претендентов на участие в конкурсе на обучение в рамках квоты приема на целевое обучение по программе
специалитета

_____ (наименование медицинской организации)

Ф.И.О.	Образовательная организация	Факультет	Место трудоустройства	Прогнозируемый средний балл аттестата	Контактные телефоны	Дата и № договора

Главный врач

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Начальник отдела кадров

_____ (контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)