Министру здравоохранения Камчатского края

Е.Н. Сорокиной

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

ф.и.о. полностью

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего(ей) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З а я в л е н и е**

Прошу выдать мне целевое направление для поступления на\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование факультета\*) (наименование ВУЗа\*\*)

на конкурсной основе за счет средств федерального бюджета и заключить со мной договор о целевом обучении.

После окончания обучения обязуюсь вернуться в Камчатский край и отработать не менее 5 лет в учреждениях здравоохранения Камчатского края.

Дата подпись

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (мать, отец, опекун)

с решением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласна (сен).

 (сын, дочь)

Дата подпись

\* лечебный, педиатрический, стоматологический,

\*\* Амурская государственная медицинская академия, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Дальневосточный государственный медицинский университет, Новосибирский государственный медицинский университет, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени М.И. Пирогова Минздрава Российской Федерации