Соискателем, либо его законным представителем, предоставляется заявка об участии в конкурсном отборе на заключения договора о целевом обучении в государственной образовательной организации по программам высшего медицинского образования.

К заявке прилагаются следующие документы: копия паспорта соискателя; в случае если соискатель является несовершеннолетним, дополнительно предоставляется копия паспорта его законного предстателя и копия свидетельства о рождении соискателя; копия документа об основном общем, среднем общем образовании или документа о среднем профессиональном медицинском образовании; копии документов о результатах государственной итоговой аттестации по общеобразовательным предметам, соответствующим специальности, по которым проводится прием на обучение в государственную образовательную организацию (при наличии); выписка итоговых оценок за 11 класс для лиц, оканчивающих школу (выписка из табеля успеваемости за последнее полугодие обучения); характеристика с места учебы, работы (при наличии); заявление на обработку персональных данных.

Приложение №1

к Положению о проведении конкурса на заключение договора о целевом обучении по программам высшего медицинского образования

Главному врачу ГБУЗ «ЦПМП»

И.Н.Воробьеву

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(ФИО полностью)

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

(дата рождения)

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

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

(серия, номер паспорта, кем, когда выдан)

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

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

(место регистрации, адрес проживания)

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

(адрес электронной почты)

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

(контактный телефон)

Заявка

 Желаю принять участие в конкурсном отборе на заключение договора о целевом обучении в государственной образовательной организации по программам высшего медицинского образования для нужд Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Карелия «Центр паллиативной медицинской помощи». Выражаю свое согласие на участие в конкурсе на целевой прием в государственной образовательной организации по направлению подготовки (специальности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата Подпись Расшифровка

С порядком проведения конкурса ознакомлен (а).

Дата Подпись Расшифровка

Согласие законного представителя несовершеннолетнего

(в случае если направляемый на обучение гражданин является несовершеннолетним)

СОГЛАСИЕ

на заключение договора о целевом обучении

по образовательной программе высшего образования

несовершеннолетним в возрасте до 18 лет

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(паспорт серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

 (Ф.И.О.)

выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; зарегистрирован(а) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О.)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р., (паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Я даю свое согласие на заключение между\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (Ф.И.О.)

и Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Карелия «Центр паллиативной медицинской помощи» договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Дата Подпись Расшифровка

С порядком проведения конкурса ознакомлен (а).

Дата Подпись Расшифровка

Приложение №3

к Положению о проведении конкурса на заключение договора о целевом обучении по программам высшего медицинского образования

Согласие на обработку персональных данных

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

(Ф. И. О.)

настоящим выражаю свое согласие ГБУЗ «ЦПМП» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработку (на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом) моих персональных данных ГБУЗ «ЦПМП» должно осуществлять в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ, Положением об обработке и защите персональных данных и Политики в области обработки персональных данных Работодателя.

Срок действия настоящего согласия со дна подписания и действует на весь период обучения.

Настоящее согласие я могу отозвать, если напишу заявление об этом.

Дата Подпись Расшифровка