

Директору департамента  
здравоохранения и фармации  
Ярославской области

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество гражданина)

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер паспорта,

\_\_\_\_\_ кем и когда выдан)

\_\_\_\_\_ зарегистрированного(ой) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Контактный номер телефона:  
\_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня на целевое обучение по программе ординатуры  
в \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

по специальности \_\_\_\_\_

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать не менее 3 лет  
в \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской или фармацевтической организации)

Приложения:

- копия паспорта/ иного документа, удостоверяющего личность;
- копия паспорта/ иного документа, удостоверяющего личность

уполномоченного представителя претендента и его право представлять интересы претендента;

- согласие на обработку персональных данных;
- документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета;
- копии диплома о высшем медицинском и (или) высшем фармацевтическом образовании по программам специалитета и приложений к нему;
- ходатайство о подготовке специалиста с последующим трудоустройством по полученной специальности;
- письмо медицинской/ фармацевтической организации о согласии на направление на целевое обучение с дальнейшим трудоустройством в другую медицинскую или фармацевтическую организацию.

---

(дата)

---

(подпись)

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью (последнее при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_  
(адрес места регистрации)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства (если не совпадает с адресом места регистрации))

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(наименование организации, выдавшей документ)

в лице представителя (если гражданин действует через представителя) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью (последнее при наличии) представителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места регистрации)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(наименование организации, выдавшей документ)

Доверенность \_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности или иного документа,

\_\_\_\_\_  
подтверждающего полномочия представителя)

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» предоставляю согласие на обработку моих персональных данных, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию моих персональных данных, необходимых для внесения в информационные системы департамента здравоохранения и фармации Ярославской области, передаче образовательной организации, другим органам и организациям в целях осуществления контроля за прохождением мною целевого обучения.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, сведения о документе, удостоверяющем личность, семейное положение, адрес места жительства (пребывания), номер телефона, сведения об образовании, о дополнительной подготовке, об итогах промежуточной аттестации, о договоре о целевом обучении, о расчетном счете, открытом в российской кредитной организации, необходимые для осуществления социальной выплаты.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения мною обязательств, предусмотренных договором о целевом обучении.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)