

**ЗАЯВКА**  
**на заключение договора о целевом обучении**  
**по образовательной программе**  
**высшего образования-программе ординатуры**

1. Полное наименование заказчика целевого обучения по образовательной программе высшего образования (далее-заказчик): **Министерство здравоохранения Калининградской области.**

2. Идентификационный номер предложения заказчика о заключении договора или договоров о целевом обучении по образовательной программе высшего образования (далее - Предложение) на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений «Работа в России»: № \_\_\_\_\_.

3. Дата размещения Предложения на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений «Работа в России»: \_\_\_\_\_.

4. Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Паспортные данные:

серия \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

код подразделения \_\_\_\_\_

Телефон +7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

(почтовые сервера в российских доменах (.ru, .su) или зарегистрированные в сервисах стран, не попадающих под ограничения)

заявляю о намерении заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования-программе ординатуры с заказчиком на условиях, указанных в Предложении.

5. Обязуюсь в случае поступления на целевое обучение по образовательной программе высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, в пределах установленной квоты в соответствии с характеристиками освоения образовательной программы, указанными в предложении, заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования в соответствии с Предложением.

6. Подтверждаю, что я соответствую требованиям, предъявляемым заказчиком к гражданам, с которыми заключается договор о целевом обучении.

**Приложение:**

1. Документы, подтверждающие соответствие гражданина требованиям, предъявляемым к гражданам, с которыми заключается договор о целевом обучении на \_\_\_\_ л.

2. Согласие на обработку персональных данных на 1 л.

3. Иные документы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

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

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

СНИЛС \_\_\_\_\_

Паспортные данные:

серия и номер \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

код подразделения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

телефон +7(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

электронная почта \_\_\_\_\_

в связи с заключением договора о целевом обучении и в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Министерству здравоохранения Калининградской области (далее – Министерство), Государственному казенному учреждению здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области» (далее – МИАЦ) и \_\_\_\_\_

(наименование образовательного учреждения)

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, контактный номер телефона, адрес электронной почты, СНИЛС, адрес регистрации), а именно обработку и передачу (предоставление) моих данных с использованием информационно-телекоммуникационных сетей в Министерство, в МИАЦ в целях обеспечения соблюдения законодательства Российской Федерации при взаимодействии с образовательными учреждениями в рамках Постановления Правительства РФ от 27.04.2024 № 555 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)