

Перечень документов, необходимых для участия в отборе:

а) личное заявление кандидата о выделении ему целевого места с указанием выбранной специальности и образовательной организации, осуществляющей прием на обучение в рамках установленной квоты приема на целевое обучение по данной специальности, согласованное в случае его несовершеннолетия законным представителем, содержащее, в том числе, согласие на обработку персональных данных;

б) копию документа, удостоверяющего личность кандидата (лицевая сторона и страница с регистрацией места жительства), а также, в случае его несовершеннолетия – копию свидетельства о рождении;

в) копию документа, удостоверяющего личность законного представителя кандидата (в случае несовершеннолетия кандидата) (лицевая сторона и страница с регистрацией места жительства);

г) копию аттестата кандидата за 9 класс и сведения об успеваемости за 10 класс или копию аттестата (диплома) о среднем общем (или профессиональном) образовании (для лиц, имеющих законченное среднее общее или профессиональное образование);

д) личная книжка волонтера с сайта «Добро.ru» *

*обязательная регистрация на сайте с предоставлением скриншота личного кабинета (идентификационный номер, ФИО);

е) копию страхового свидетельства обязательного (государственного) пенсионного страхования (с номером СНИЛС) кандидата;

ж) идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);

з) реквизиты банковского счета (карты), открытого на имя кандидата, для дальнейшего перечисления ему стипендии.

Законный представитель в заявлении даёт письменное согласие на заключение договора о целевом обучении несовершеннолетним.

Прием документов осуществляется Центром компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения Калининградской области с 01 сентября 2023 года по 31 мая 2024 года:

- посредством электронной почты на адрес: kadry@infomed39.ru

ВНИМАНИЕ!

Отправка писем на электронную почту возможна только с почтовых сервисов, находящихся в российской зоне (к примеру @mail.ru/@yandex.ru/@rambler.ru и т.д.), письма, отправленные с зарубежных почтовых сервисов (@gmail.com/@outlook.com/@icloud.com и т.д., доставлены **НЕ БУДУТ!**);

- лично по адресу: г. Калининград, ул. Мусоргского, д. 10А, 4 этаж, каб. 54.

с понедельника по четверг с 9:00 до 17:00.

контактный телефон: 8(4012) 640-922

После регистрации документов, по указанному в заявлении номеру телефона, заявителю сообщается присвоенный регистрационный номер.

Министерство здравоохранения
Калининградской области

от _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

зарегистрированного (-ой) по адресу:

мобильный телефон _____
(кандидата)

мобильный телефон _____
(родителя, законного представителя)

СНИЛС _____

ИНН _____

адрес электронной почты:

Заявление

Прошу Вас заключить со мной договор о целевом обучении по программе высшего образования (специалитета):

_____ (наименование специальности (указывается одна специальность: Лечебное дело, Педиатрия, Медико-профилактическое дело, Стоматология, Медицинская биофизика, Медицинская биохимия, Медицинская кибернетика, Клиническая психология)).

В _____
(наименование образовательной организации – университета (указывается один приоритетный ВУЗ))

Даю согласие Операторам персональных данных – Министерству здравоохранения Калининградской области (г. Калининград, ул. Дм. Донского, д. 1) и МИАЦ (г. Калининград, ул. Клиническая, д. 74) на обработку и хранение моих персональных: фамилия, имя, отчество; дата рождения, данные об образовании, трудовой деятельности, домашний адрес, телефон, адрес электронной почты в документальном и электронном виде, данных с целью участия в отборе.

Приложение:

«___» _____ 20__ года

(подпись кандидата)

Согласен:¹

(подпись законного представителя)

(расшифровка подписи)

«___» _____ 20__ года

¹ *Заполняется законными представителями (родителями, усыновителями или попечителем) при подаче заявления лицом, не достигшим 18-летнего возраста.