

**З А Я В К А \_\_\_\_\_/СМП**  
**на заключение договора о целевом обучении**  
**по образовательной программе высшего образования**

1. Полное наименование заказчика целевого обучения по образовательной программе высшего образования (далее - заказчик): **Комитет здравоохранения Волгоградской 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»: **7607.**

3. Дата размещения предложения на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений «Работа в России»: **22.05.2024.**

4. Я, \_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, паспортные данные: серия, номер,  
когда и кем выдан, место регистрации)

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

5. Обязуюсь в случае поступления на целевое обучение по образовательным программам высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов 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 № **7607** от **22.05.2024.**

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

Приложение:

1. Заявление о согласии на обработку персональных данных на 1 л.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

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