**Главному врачу**

**ФБУЗ «ЦГиЭ в ХМАО – Югре»**

**Козловой И.И.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О., дата рождения)

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

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

(фактический адрес, телефон, электронный адрес)

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования для поступления в

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург

(указать одно или несколько учебных заведений)

на очную форму обучения по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело».

Приложение:

копия паспорта абитуриента (если нет 18 лет, то копия паспорта родителя или законного представителя, согласие законного представителя на заключение договора о целевом обучении в письменной форме), копия документа о результатах ЕГЭ.

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

(подпись) (дата)