**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 - программе ординатуры (далее - заказчик): **Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга.**

2. Идентификационный номер предложения заказчика о заключении договора или договоров о целевом обучении по образовательной программе высшего образования-программе ординатуры (далее - Предложение) на ЕЦП "Работа в России": № **11288.**

3. Дата размещения Предложения на ЕЦП "Работа в России": **01.06.2025.**

4. Я**, ИВАНОВ Иван Петрович**

Дата рождения: **15.05.1999**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации: **Санкт-Петербург, ул. Петровская, д. 15, к.2, кв. 500**

СНИЛС **140-555-355 08**; Паспортные данные: серия **44 22,** номер **555222**

кем выдан **ГУ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области,** когда выдан **25.05.2022,** код подразделения **780-055.**

Телефон **+7 (999) 555-11-00,** Адрес электронной почты: **ivanof.ivan@mail.ru.**

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-программе ординатуры 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: *я соответствую требованию об отсутствии медицинских противопоказаний к осуществлению трудовой деятельности в соответствии с договором о целевом обучении* **– ДА.**

7. Я завершил (завершаю в текущем учебном году) освоение образовательной программы *высшего образования (специалитет)* в соответствии с договором о целевом обучении, которым установлено право на освобождение от ответственности за неисполнение обязательства по осуществлению трудовой деятельности по договору о целевом обучении в случае заключения с тем же заказчиком договора о целевом обучении по образовательным программам следующего уровня *программе ординатуры* (*указывается в случае, если заявка дается на предложение, которое адресовано гражданам, заключающим с тем же заказчиком договор о целевом обучении по образовательным программам следующего уровня*). **– ДА.**

8. Даю согласие на передачу моих персональных данных, включая контактные данные (телефон, адрес электронной почты), заказчику для осуществления взаимодействия до заключения договора 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)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, **ИВАНОВ Иван Иванович**,  
(фамилия, имя, отчество)

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: Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга

и

**ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова**

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, реквизиты банковского счета), а именно обработку и передачу (предоставление) моих данных с использованием информационно-телекоммуникационных сетей в Комитет по здравоохранению, в Комитет по науке и высшей школе, 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» и постановления Правительства Санкт-Петербурга от 20.05.2022 № 431 «О формировании потребности Санкт-Петербурга в подготовке специалистов по специальностям, направлениям подготовки, которую необходимо учесть при установлении квоты приема на целевое обучение по образовательным программам высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета».

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

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

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)