

**СОГЛАСИЕ  
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА О ЦЕЛЕВОМ ОБУЧЕНИИ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_,

законный представитель (родитель, усыновитель или попечитель)

(нужное подчеркнуть)

в соответствии с п. 5 Положения о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, утверждённого постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 г. № 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076», даю своё согласие на заключение договора о целевом обучении между министерством здравоохранения Рязанской области, медицинской организацией, подведомственной министерству здравоохранения Рязанской области, несовершеннолетним ребёнком \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. абитуриента)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_,

законным представителем которого в соответствии с действующим законодательством я являюсь, и \_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

Я ознакомлен с условиями договора о целевом обучении, согласие на заключение которого я даю.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)