

Министру здравоохранения Рязанской области
А.А. Прилуцкому
выпускника (цы) 20__ года _____
(Ф.И.О. абитуриента полностью)

(наименование образовательной организации)

(дата рождения)

(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

(место жительства)

(контактный телефон)

Заявление

Прошу заключить договор о целевом обучении в _____

(указать образовательную организацию)

по специальности _____

Согласен (согласна) на обработку моих персональных данных в информационных системах министерства здравоохранения Рязанской области в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Дата

Подпись