|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Главному врачу ГАУЗ СО «ГКБ № 40»**  **Прудкову А.И.** | | | | | | | | | |
| от |  | | | | | | | | |
| ***(Ф.И.О. полностью)*** | | | | | | | | | |
| проживающего(-ей) по адресу: | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Контактный телефон: | | | | | | |  | | |
|  | Адрес эл. почты: | | | |  | | | | | |
|  | Наименование ВУЗа: | | | | | | |  | | |
|  | (***полное******наименование*** | | | | | | | | | |
|  | ***образовательной организации***) | | | | | | | | | |
|  | Годы обучения: | | |  | | | | | | |
|  | Факультет: | |  | | | |  | | | |
|  | Форма обучения: | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | **(*ФБ целевой / ОБ / ФБ / К*)** | | | |
|  | Если форма обучения ФБ целевой или ОБ, указать с каким учреждением был заключен договор о целевом обучении | | | | | | | | | |
|  | по программам специалитета: | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | (***полное наименование медицинского учреждения***) | | | | | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать мне Гарантийное письмо – целевое направление для поступления на целевое обучение по программам **ординатуры** по специальности

***(полное наименование специальности)***

после освоения образовательной программы обязуюсь заключить трудовой договор   
с государственным автономным учреждением здравоохранения Свердловской области

***(полное наименование медицинского учреждения)***

«Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург» (ГАУЗ СО «ГКБ № 40»)

и работать в должности врача по специальности, полученной в ходе подготовки.

Необходимый перечень документов прилагаю.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |  | (Фамилия И.О.) |

**СОГЛАСОВАНО:**

Заместитель главного врача по службе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись/расшифровка подписи)

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.