|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу  |
| государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург»  |
| (наименование учреждения)(ГАУЗ СО «ГКБ № 40») |
| Прудкову Александру Иосифовичу |
| (Ф.И.О. руководителя) |
| (Ф.И.О. заявителя) |
|  | Номер СНИЛС: |  |
|  | Контактный телефон: |  |
|  | Адрес эл. почты: |  |
|  |  |  |
|  |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу включить меня в список кандидатов, направляемых на участие
в конкурсе на поступление на обучение за счет средств областного бюджета или на целевое обучение за счет средств федерального бюджета по программам **специалитета** по специальности

|  |
| --- |
|  |
| (полное наименование специальности) |

Законный представитель гражданина (заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации):

 (фамилия, имя, отчество законного представителя (полностью))

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу:

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (серия, номер) |  | (дата выдачи, наименование органа,  |

выдавшего документ, код подразделения)

Необходимый перечень документов прилагаю.

Законный представитель:

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

Гражданин:

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