

СОГЛАСИЕ

законного представителя гражданина, изъявившего желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования, – родителя, усыновителя или попечителя на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования*

Я,

_____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя гражданина*)
регистрация по месту жительства по адресу: _____

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____

документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие моему несовершеннолетнему ребенку _____

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего гражданина)
на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе
среднего профессионального образования по специальности

_____ (код, наименование специальности)
с _____
(наименование медицинской организации государственной

системы здравоохранения Ставропольского края)
расположенной по адресу: _____

И _____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по
образовательным программам среднего профессионального образования)

расположенной по адресу: _____

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего
трудоустройства в _____

(наименование медицинской организации государственной
системы здравоохранения Ставропольского края)

