

ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ

Министру здравоохранения
Тамбовской области
М.В.Македонской

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

(адрес места жительства, контактный телефон)

(паспортные данные)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на заключение несовершеннолетним
договора о целевом обучении

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

являюсь _____
несовершеннолетнего _____,
(отцом/матерью/законным представителем) (Ф.И.О., год
рождения несовершеннолетнего)
что подтверждается

_____,
(реквизиты свидетельства о рождении).
который намерен заключить договор о целевом обучении с

(наименование медицинской организации)
на обучение в _____
(указать ВУЗ)
по специальности _____.
(указать специальность)

На основании вышеизложенного, заявляю о согласии на
заключение

(Ф.И.О., год рождения несовершеннолетнего)
в соответствии со ст. 56 Федерального закона от 29.12.2012 №
273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» договора о
целевом обучении.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-
ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих
персональных данных, а именно: *фамилия, имя, отчество; дата,
рождения; пол; адрес; реквизиты документа, удостоверяющего
личность*, а также иных данных, связанных с заключением
договора о целевом обучении в целях соблюдения
законодательства в сфере защиты персональных данных.

Оператор: министерство здравоохранения Тамбовской
области (ул.Советская, д.106/ул.М.Горького, д. 5).

Мои персональные данные могут использоваться для сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновление, изменение).

Согласие дано на срок действия договора о целевом обучении и вступает в силу со дня его подписания. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

" ____ " _____ ____ Г.

(подпись родителя/законного
представителя)