Приложение №2 к письму Комитета по здравоохранению

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рекомендуемый перечень документов, предоставляемый заявителями**

**для заключения договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования**

1. Заявление гражданина по прилагаемой форме;
2. Согласие на обработку персональных данных по прилагаемой форме;
3. Копия паспорта гражданина Российской Федерации (*разворот с фото и разворот с регистрацией (регистрация в Санкт-Петербурге)*);
4. Согласие законного представителя (*для несовершеннолетних*) по прилагаемой форме;
5. Копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя гражданина;
6. Заверенная руководителем организации, в которой гражданин обучается, выписка из табеля успеваемости за последний год обучения (*для заканчивающих в текущем году обучение по программе основного общего или среднего общего образования*);
7. Копия аттестата об основном общем образовании (*при наличии*);
8. Копия аттестата о среднем общем образовании (*при наличии*);
9. Копии документов, подтверждающих участие в волонтерских движениях (мероприятиях) в сфере здравоохранения (*при наличии*);
10. Копии документов, подтверждающих участие в олимпиадах по биологии, химии (*при наличии*).
11. Копии грамот, благодарственных писем и других документов, подтверждающих участие в общественной деятельности образовательного учреждения (*при наличии*).

**Главному врачу СПб ГБУЗ**

**«Детская городская поликлиника № 29»**

**Райковской Елене Валерьевне**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество претендента полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронный адрес

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности:

**34.02.01 «Сестринское дело»**

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать в течение 3-х лет в

**Санкт-Петербургское государственное бюджетное**

**учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 29»**

С Порядком проведения отбора в учреждении ознакомлен.

Настоящим подтверждаю, что получаю образование данного уровня впервые.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
(фамилия, имя, отчество)

в связи с подачей заявления на заключение договора о целевом обучении и в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие **Санкт-Петербургскому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Детская городская поликлиника № 29»,** расположенному по адресу: **195274, Санкт-Петербург, ул. Демьяна Бедного, д. 18, корп. 3** на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных:

* фамилия, имя, отчество,
* паспортные данные,
* контактный номер телефона,
* адрес электронной почты),

а именно обработку и передачу (предоставление) моих данных с использованием информационно-телекоммуникационных сетей в образовательные учреждения профессионального образования, реализующие образовательные программы профессионального образования и подведомственные Комитету по здравоохранению в целях обеспечения соблюдения законодательства Российской Федерации при взаимодействии с образовательными учреждениями в рамках Постановления Правительства РФ от 13.10.2020 № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

**Главному врачу СПб ГБУЗ**

**«Детская городская поликлиника № 29»**

**Райковской Елене Валерьевне**

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. представителя (родителя,

 усыновителя, попечителя)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**СОГЛАСИЕ**

**на заключение договора о целевом обучении**

**по образовательной программе среднего профессионального образования**

**несовершеннолетним в возрасте до 18 лет**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(паспорт серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

 (Ф.И.О.)

выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; зарегистрирован(а) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О.)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р., (паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я даю свое согласие на заключение между\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (Ф.И.О.)

и медицинской организацией договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации.

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