СОГЛАСИЕ

законного представителя гражданина, изъявившего желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, - родителя, усыновителя или попечителя на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе высшего 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 высшего образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело_____
_____
(код, наименование специальности)
с министерством здравоохранения Ставропольского края, расположенным по адресу:Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311_____
_____,
государственному бюджетному учреждению здравоохранения Ставропольского края «Пятигорский межрайонный медицинский фтизиопульмонологический центр»
(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края)
_____,
расположенной по адресу: Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Адмиральского, 4,_____ <**>
(адрес расположения медицинской организации)
в ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж»_____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность
_____,
по образовательным программам высшего образования)
расположенной по адресу: Ставропольский край, г. Пятигорск, ул.Московская 84_____,<**>
для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего

трудоустройства в ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный медицинский фтизиопульмонологический центр» ___ _____
(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края)
на должность в соответствии с профессиональным стандартом по специальности.

<*> Настоящее согласие является неотъемлемой частью договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, заключенного между несовершеннолетним гражданином и министерством здравоохранения Ставропольского края.

<**> Заполняется в случае включения соответствующей организации стороной договора о целевом обучении по программе высшего образования.

_____ _____
(подпись) (фамилия, инициалы законного представителя)