***ПРИМЕР***

Министру здравоохранения

Республики Тыва

Донгаку О.Э.

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

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

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

(Ф.И.О. полностью,

факультет, ВУЗ и год окончания,

адрес, контактные телефоны)

Заявление

Прошу рассмотреть мою кандидатуру для направления на целевое обучение по программам ординатуры по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

С целью оценки квалификации даю согласие на получение и обработку моих персональных данных.

К настоящему заявлению прилагаю:

копию паспорта гражданина Российской Федерации (лицевая сторона и страница с регистрацией места жительства);

копию диплома об окончании высшей медицинской образовательной организации с приложением;

справку с результатами тестирований первичной аккредитации;

копию свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии);

копию удостоверения о прохождении интернатуры, сертификат, профессиональной переподготовки (при наличии);

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

Дата

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

Подпись