

Министру здравоохранения
Чеченской Республики

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающего (-ей) по адресу: _____

обучающегося (-ейся) в _____

контактный телефон _____

Заявление

Прошу Вас ходатайствовать перед Министерством здравоохранения Российской Федерации о выделении мне целевого места в клинической

(ординатуре)

(наименование образовательной организации)

по специальности _____

(наименование специальности)

Даю согласие на обработку персональных данных – Министерству здравоохранения Чеченской Республики (местонахождение: Российская Федерация, г. Грозный, ул. Чехова 4) на обработку и хранение моих персональных: фамилия, имя, отчество; дата рождения, данные об образовании, трудовой деятельности, домашний адрес и телефон в документальной форме, данных с целью участия в отборе.

Приложение:

« ___ » _____ 20__ года

(подпись)