

УВАЖАЕМЫЕ ШКОЛЬНИКИ И ВЫПУСКНИКИ 2018 ГОДА!

Департамент здравоохранения Вологодской области со **2 октября 2017 года** организует мероприятия по привлечению учащихся школ г. Вологды, г. Череповца и районов области к поступлению в медицинские вузы по целевому приему 2018 года.

Для того, чтобы заявить о себе, необходимо:

- заполнить заявление
- оформить согласие на обработку персональных данных
- предоставить справку из образовательного учреждения об успеваемости за 1 класс по русскому языку и профильным предметам: химия, биология (далее справка).

При оформлении документов несовершеннолетними гражданами, родители или законные представители несовершеннолетнего ставят подпись на каждом из документов.

Для участия в практических занятиях заполненные документы и справки необходимо представить до **20 октября 2017 года**:

- для проживающих в г. Вологде: г. Вологда, ул. Предтеченская, д.19, каб. 116, департамент здравоохранения области:

в рабочие дни с **14.00 до 16.30**, контактное лицо – Малкова Марина Дмитриевна, (8172) 23-00-73 (доб. 1971);

- в г. Череповце: г. Череповец, ул. Сталеваров, д. 22, каб. 112, управление организации медицинской помощи по г. Череповцу департамента здравоохранения области:

в рабочие дни с **14.00 до 16.30**, контактное лицо – Сачкова Лариса Павловна, т. (820-30-17-82,

- для жителей районов: в центральные районные больницы (отдел кадров). Информацию по проведению практических занятий для школьников районов разместить на официальных сайтах центральных районных больниц.

Несовершеннолетние граждане подают документы в присутствии родителей или законных представителей (при себе иметь паспорт).

При посещении практических занятий при себе иметь сменную обувь или бахлы.

В департамент здравоохранения Вологодской области от выпускника _____

наименование образовательного учреждения

_____ класса _____ «__»

ФИО полностью

дата рождения «__» _____ Г.,
проживающего по адресу (регистрация, проживание):

контактный телефон: дом. _____,

моб. _____

паспорт: серия _____ № _____

выдан «__» _____ 20__ г.

кем _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «_____»

по специальности _____ в рамках целевого приема.

Дата

подпись

Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина: отец (мать

фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающий(ая) по адресу (регистрация, проживание): _____

Контактные телефоны: (дом.) _____, (моб.) _____

Дата

подпись

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,

в соответствии с п.4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» проживающий(ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ № _____

выдан (когда, кем) _____

в целях исполнения договора об обучении

даю согласие департаменту здравоохранения Вологодской области, находящемуся по адресу: г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19, на обработку моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество;

дата и место рождения;

сведения об образовании;

место регистрации или фактического проживания;

контактные телефоны;

данные паспорта гражданина Российской Федерации,

СНИЛС.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, проверка, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача в казенное учреждение Вологодской области «Областное казначейство» и в высшее медицинское образовательное учреждение, уничтожение персональных данных по истечении 5 лет после срока действия договора о целевом обучении.

Данное согласие действует со дня его подписания на период всего срока обучения.

Настоящее согласие может быть в любое время отозвано. Отзыв оформляется в письменном виде в соответствии с действующим законодательством.

Дата

подпись

Согласен(а) _____

(ФИО законного представителя несовершеннолетнего гражданина)

подпись

« ____ » _____ 201__ г