Приложение 1 к Порядку

|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю Комиссии Департамента здравоохранения города Москвы по отбору граждан для заключения договоров о целевом обученииот руководителя (*наименование медицинской организации Департамента здравоохранения города Москвы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество претендента полностью) |
|  |  |

**Гарантийное письмо**

Администрация (*наименование медицинской организации Департамента здравоохранения города Москвы*) ходатайствует о направлении Ф.И.О. - выпускника (*наименование ВУЗа*) на обучение в ординатуре по специальности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» и гарантирует трудоустройство по полученной специальности после окончания обучения.

Оценочный лист Комиссии (*наименование медицинской организации Департамента здравоохранения города Москвы*) по отбору претендентов на целевое обучение по программам ординатуры от Департамента здравоохранения города Москвы прилагается.

Приложение: \_\_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

Подпись руководителя медицинской организации

Печать дата

Приложение 2 к Порядку

|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю Комиссии Департамента здравоохранения города Москвы по организации целевого приема и целевого обученияот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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 высшего (медицинского) образования – программе специалитета в

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

(наименование образовательной организации)

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование специальности)

По окончанию целевого обучения по программе специалитета обязуюсь отработать в течение 3 лет в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, с правом участия в целевом приеме Департамента здравоохранения города Москвы по программам ординатуры и отсрочкой выполнения обязательств по Договору о целевом обучении на срок обучения по программам ординатуры (при условии поступления).

Согласен (согласна) на обработку моих персональных данных
в информационных системах Департамента здравоохранения города Москвы
в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 № 152-ФЗ
«О персональных данных».

Настоящим подтверждаю, что получаю образование данного уровня впервые.

*С условиями договора о целевой подготовке за счет средств федерального бюджета ознакомлен(а).*

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

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Приложение 3 к Порядку

|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю Комиссии Департамента здравоохранения города Москвы по организации целевого приема и целевого обученияот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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 высшего (медицинского) образования – программе ординатуры в

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

(наименование образовательной организации)

по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование специальности)

По окончанию целевого обучения обязуюсь отработать в течение 3 лет в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы

Согласен (согласна) на обработку моих персональных данных
в информационных системах Департамента здравоохранения города Москвы
в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 № 152-ФЗ
«О персональных данных».

Настоящим подтверждаю, что получаю образование данного уровня впервые.

*С условиями договора о целевой подготовке за счет средств федерального бюджета ознакомлен(а).*

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

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Приложение 4 к Порядку

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

|  |
| --- |
| Я,  |

 (фамилия, имя, отчество)

|  |
| --- |
| регистрация по месту проживания по адресу: |
|  |
| регистрация по месту пребывания по адресу: |
|  |
| документ, удостоверяющий личность: Паспорт: | серия номер  |
|  (наименование документа) |
|  (дата выдачи, орган который выдал, код подразделения) |

даю свое согласие Департаменту здравоохранения города Москвы, находящемуся по адресу: Москва, Оружейный пер. д.43, стр. 1, 127006, на получение, обработку моих персональных данных (персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка

|  |
| --- |
|  ): |

фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка (фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях проведения отбора для заключения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по программам высшего образования.

Предоставляю Департаменту здравоохранения города Москвы право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Департамент здравоохранения города Москвы вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и действует на период обучения в образовательной организации высшего образования, а также на период хранения в течение 5 лет.

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

подпись

Приложение 5 к Порядку

**Согласие**

**законного представителя – родителя, усыновителя или попечителя на заключение Договора о целевом обучении**

г. Москва

Я,

(Ф.И.О. законного представителя, усыновителя или попечителя полностью)

имеющий(ая) паспорт

(серия, номер)

выдан

(число, месяц, год, наименование органа, выдавшего паспорт)

зарегистрированный по адресу:

являюсь законным представителем несовершеннолетнего

(родителем, усыновителем, попечителем) (выбрать нужное)

несовершеннолетнего

что подтверждается

(указать документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем несовершеннолетнего ребенка)

настоящим даю свое согласие на заключение моим (моей) несовершеннолетним (ей)

(ФИО ребенка полностью)

Договора о целевом обучении с целью получения высшего медицинского (или фармацевтического) образования в Российской Федерации

 (дата) (подпись) (расшифровка)