

Директору ГБПОУ «Троицкий медицинский колледж»

_____ (фамилия, инициалы руководителя образовательной организации)

ОТ _____

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина)

_____ (дата рождения, адрес проживания,

_____ контактный телефон гражданина)

Эл. почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение по образовательной программе среднего профессионального образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности

_____ (наименование специальности)

с Государственным бюджетным профессиональным образовательным учреждением

_____ (наименование образовательной организации)

для получения требуемой медицинской специальности.

К заявлению прилагаю следующие документы:

_____ (подпись гражданина)

_____ (фамилия ИО гражданина)

« _____ » _____ 20__ года