|  |
| --- |
| Главному врачу Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Брянской области» О.А. ИсаковуГражданина |
| (ФИО полностью) |
|  |
| Адрес регистрации по прописке: |
|  |
| (в соответствии с паспортными данными) |
|  |
| **Согласие законного представителя несовершеннолетнего гражданина** **на заключение договора о целевом обучении** |

|  |
| --- |
| Я, |
| (указать ФИО законного представителя полностью) |
| являясь законным представителем (родителем) несовершеннолетнего гражданина |
|  |
| (указать ФИО несовершеннолетнего гражданина полностью) |
| не возражаю против заключения договора о целевом обучении в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Курский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации в рамках целевого набора в 2020 году по специальности: 32.05.01 Медико-профилактическое дело (уровень специалитет) между:  |
|  |
| (указать ФИО несовершеннолетнего гражданина полностью) |
| и Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Брянской области»  |
|  |
|  |

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С постановлением Правительства Российской Федерации от 13 октября 2020 г. N 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования" ознакомлен.

Об ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору о целевом обучении в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе в соответствии с частью 6 статьи 71.1. Федерального закона «Об образовании в Российской

## Федерации» проинформирован и ознакомлен.

Приложение:

1. Копии паспорта законного представителя несовершеннолетнего гражданина.
2. Ознакомление с частью 6 статьи 71.1. Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации».

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (И.О. Фамилия)