|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Министру здравоохранения Свердловской области  А.А. Карлову | | | | | | | | |
| от |  | | | | | | | |
| ***(Ф.И.О. полностью)*** | | | | | | | | |
| Если изменяли фамилию, имя или отчество, то укажите их: укажите | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| проживающего(-ей) по адресу: | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | Контактный телефон: | | | | | | |  | |
|  | Адрес эл. почты: | | | | |  | | | |
|  | Наименование ВУЗа: | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | Годы обучения: | | | |  | | | | |
|  | Специальность: | |  |  | | | | | |
|  | Обучение за счет средств бюджета: | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | **(*областного / федерального*)** | | |
|  | Наименование медицинского учреждения в соответствии с договором о целевом обучении: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я

(ФИО полностью)

прошу освободить от исполнения обязательств по договору о целевом обучении за счет средств бюджета от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*областного / федерального*)

в связи с тем, что **я являюсь супругой (супругом) военнослужащего** и работа по трудовому

договору (контракту) предоставляется не по месту службы супруга (супруги).

К заявлению прилагаю следующие документы (копии документов):

|  |  |
| --- | --- |
| 1) |  |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| 5) |  |
| 6) |  |
| 7) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия И.О.) |