|  |  |
| --- | --- |
|  | 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.) |