

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных законного**  
**представителя — родителя, усыновителя или попечителя**  
**гражданина, заключающего договор о целевом обучении**

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя гражданина)  
регистрация по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии) \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

(наименование документа, серия, номер,

дата выдачи, наименование органа вылавшего документ, код подразделения

даю свое согласие моему несовершеннолетнему ребенку \_\_\_\_\_,

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего гражданина)

на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе  
высшего образования по специальности \_\_\_\_\_

(код наименования специальности)

(наименование учреждения здравоохранения Краснодарского края, адрес)

(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, адрес)

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего  
трудоустройства в государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Мостовская центральная районная больница» министерства здравоохранения  
Краснодарского края, 352570, Краснодарский край, Мостовский район, пгт.  
Мостовской, ул. Красная. 93

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его  
отзыва.

Законный представитель:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_ (дата)

\*Настоящее согласие является неотъемлемой частью договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования несовершеннолетнего гражданина и учреждения здравоохранения Краснодарского края, указанного в настоящем согласии.