

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Ставропольского края

Маршала Жукова ул., 42/311, г. Ставрополь, 355000  
Тел (8652) 26-70-15, факс (8652) 26-75-60  
E-mail: [info@mz26.ru](mailto:info@mz26.ru), сайт: [www.mz26.ru](http://www.mz26.ru)  
ОКПО 00087700, ОГРН 1022601995712  
ИНН 2633005994

Государственным бюджетным  
профессиональным образовательным  
учреждениям, подведомственным  
министерству здравоохранения  
Ставропольского края

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

О направлении формы заявки

Министерством здравоохранения Ставропольского края в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 27.04.2024 года № 555 (ред. от 18.07.2026) «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования» разработана форма заявки на заключение договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования в 2026/2027 учебном году.

Рекомендуем использовать данную форму гражданами для возможности подачи заявки на заключение договора о целевом обучении в соответствии с предложениями.

В том числе разместить на информационном стенде и официальном сайте образовательной организации, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Исполняющий обязанности министра  
первый заместитель министра

Д.В. Штанев

Е.А. Журавлева  
В.А. Антонец  
(8652) 26-67-98

УТВЕРЖДЕНА  
постановлением Правительства  
Российской Федерации  
от 27 апреля 2024 г. № 555  
(в ред. Постановления  
Правительства РФ  
от 07.04.2025 № 447)

### З А Я В К А

на заключение договора о целевом обучении  
по образовательной программе

среднего профессионального образования

(среднего профессионального образования, высшего образования)

(выбрать нужное)

1. Полное наименование заказчика целевого обучения  
по образовательной программе среднего профессионального образования

(среднего профессионального образования,

высшего образования) (выбрать нужное)

(далее – заказчик): министерство здравоохранения Ставропольского края.

2. Полное наименование организации, в которой гражданин будет  
осуществлять трудовую деятельность (работодатель): государственное  
бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края  
«Андроповская районная больница».

3. Полное наименование организации, осуществляющей  
образовательную деятельность государственное бюджетное  
профессиональное образовательное учреждение Ставропольского края  
«Буденновский медицинский колледж».

4. Номер предложения о заключении договора или  
договоров о целевом обучении по образовательной  
программе среднего профессионального образования

(среднего профессионального образования, высшего образования) (выбрать нужное)

(далее – предложение) присвоенное организацией, осуществляющей  
образовательную деятельность (для предложения, которое не размещено на  
Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений  
«Работа в России»): № 00000.

5. Дата формирования предложения (для предложения, которое не  
размещено на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых  
отношений «Работа в России»): 27.07.2026 года.

6. Я, Иванов Иван Иванович, 01.01.2007 г., 0101 00022, выдан 10.01  
2014 г. ОВД по Труновскому району, 8962-020-02-02, qwe@mail.ru.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, паспортные данные: серия, номер, когда и кем выдан,

место регистрации, телефон, адрес электронной почты)

заявляю о намерении заключить договор о целевом обучении по  
образовательной программе среднего профессионального образования

(среднего профессионального образования, высшего образования)

(выбрать нужное)

с заказчиком на условиях, указанных в предложении.

7. Подтверждаю соответствие требованиям, предъявляемым заказчиком к гражданам, с которыми заключается договор о целевом обучении:

я соответствую требованию в части допуска к сведениям, составляющим государственную тайну, для осуществления трудовой деятельности в соответствии с договором о целевом обучении: **требование не установлено** (указывается в случае, если заказчиком установлено указанное требование);

я соответствую требованию об отсутствии медицинских противопоказаний к осуществлению трудовой деятельности в соответствии с договором о целевом обучении: **требование не установлено** (указывается в случае, если заказчиком установлено указанное требование);

я участвовал в конкурсе на заключение договора о целевом обучении, проведенном федеральным государственным органом, органом государственной власти субъекта Российской Федерации, органом местного самоуправления, с положительным результатом: **нет** (указывается (да/нет))

в случае, если заказчиком установлено указанное требование);

я соответствую иным требованиям, предъявляемым заказчиком к гражданам, с которыми заключается договор о целевом обучении: **требования не установлены** (указывается в случае, если заказчиком установлены указанные требования, в том числе требование о проживании на территории закрытого административно-территориального образования, указанного в предложении).

8. Даю согласие на передачу моих персональных данных, включая контактные данные (телефон, адрес электронной почты), заказчику для осуществления взаимодействия до заключения договора о целевом обучении. (указанное согласие дается совершеннолетним гражданином; в случае если гражданин является несовершеннолетним, согласие на передачу персональных данных гражданина дается его законным представителем (родителем, усыновителем или попечителем))

#### Приложение:

1. Согласие законного представителя несовершеннолетнего гражданина - родителя, усыновителя или попечителя (далее - законный представитель) на заключение договора о целевом обучении (в случае если гражданин не приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации) на \_\_\_\_ л.
2. Заявление о согласии на обработку персональных данных на \_\_\_\_ л.
3. Иные документы на \_\_\_\_ л.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.