Додаток

до Порядку та умов проведення конкурсу на укладення угод про відпрацювання не менше трьох років у державних і комунальних закладах охорони здоров’я, що розташовані у сільській місцевості або селищі міського типу Луганської області

(підпункт 1 пункту 8)

Департамент охорони здоров’я Луганської обласної державної адміністрації

Заява

про участь у конкурсі на укладення угод про відпрацювання не менше трьох років у державних і комунальних закладах охорони здоров’я, що розташовані у сільській місцевості або селищі міського типу Луганської області

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

 (власне ім’я, прізвище)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

 (дата народження)

проживаю за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу допустити мене до участі у конкурсі на укладення угод про відпрацювання не менше трьох років у державних і комунальних закладах охорони здоров’я, що розташовані у сільській місцевості або селищі міського типу Луганської області.

До заяви додаю: 1) копію паспорта громадянина України;

2) копію документа державного зразка про освіту та додатка до нього (для випускників закладів загальної середньої освіти, фахової передвищої або вищої освіти) або копію табеля успішності за І півріччя поточного навчального року, завірену керівником закладу загальної середньої освіти, в якому продовжую навчання (для випускників закладів загальної середньої освіти поточного року);

3) копію документа, що підтверджує місце реєстрації або фактичного проживання;

4) копії документів, що підтверджують участь у всеукраїнських інтелектуальних та професійних змаганнях.

Надаю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» (із змінами).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис)