

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)**

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

паспорт серия _____ номер _____, выдан « ____ » _____ 20__ г.

(кем выдан)

место регистрации: _____

являюсь законным представителем несовершеннолетнего гражданина

(фамилия, имя, отчество гражданина, поступающего на целевое обучение)

паспорт серия _____ номер _____, выдан « ____ » _____ 20__ г.

(кем выдан)

поступающего на обучение в Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации по договору о целевом обучении по образовательной программе высшего образования в пределах установленной квоты приема на целевое обучение, даю свое согласие на заключение указанного договора о целевом обучении, предусмотренного Постановлением Правительства РФ от 27 апреля 2024 года № 555,

с Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике»

(наименование заказчика по договору)

Я ознакомлен(а) с условиями договора и с ответственностью, наступающей при нарушении условий указанного договора.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О)