|  |
| --- |
| Председателю приемной комиссии,  Тюменского кардиологического научного центра  Гапон Людмиле Ивановне |
|  |
|  |
| *От кого фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью* |
|  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об отсутствии обязательств**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью*

сообщаю, что не имею обязательств и действующих договоров о целевом обучении по программам высшего образования перед Департаментом здравоохранения Тюменской области, лечебными учреждениями и другими третьими организациями о прохождении отработки в связи с заключенным договором о целевом обучении по программам высшего образования.

Поступающий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: «\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

подпись И.О. Фамилия