Приложение 3

к Порядку

Форма

|  |  |
| --- | --- |
| Угловой штамп медицинской или фармацевтической организации  | Директору департамента здравоохранения и фармации Ярославской области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество) |

**ХОДАТАЙСТВО**

**о подготовке специалиста с последующим трудоустройством по полученной специальности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прошу направить |  |  |

(фамилия, имя, отчество гражданина, курс, факультет,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| наличие ранее выданного целевого направления на обучение по программе специалитета) |

|  |  |
| --- | --- |
| в 20\_\_\_\_ г. в ординатуру по специальности |  |
|  |  | (наименование специальности) |

|  |
| --- |
|  |

Трудоустройство данного специалиста по окончании обучения по специальности гарантирую.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) | (расшифровка) |

М.П.