

**СОГЛАСИЕ  
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА О  
ЦЕЛЕВОМ ОБУЧЕНИИ**

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес \_\_\_\_\_ регистрации: \_\_\_\_\_

законный представитель (родитель, усыновитель или попечитель)  
(нужное подчеркнуть)

в соответствии с п. 22 Постановления Правительства Российской Федерации от 27 апреля 2024 г. N 555 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования», даю свое согласие на заключение договора о целевом обучении между: министерством здравоохранения Рязанской области и несовершеннолетним \_\_\_\_\_ ребенком

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. абитуриента)  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес \_\_\_\_\_ регистрации: \_\_\_\_\_

законным представителем которого в соответствии с действующим законодательством \_\_\_\_\_ я \_\_\_\_\_ являюсь, \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

Я ознакомлен с условиями договора о целевом обучении, согласие на заключение которого я даю.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись Расшифровка подписи