

**Министру здравоохранения
Белгородской области
Иконникову А.А.**

от _____
(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации и адрес проживания)

(адрес электронной почты)

**Заявление о расторжении
договора о целевом обучении**

« ___ » _____ 20__ г. между министерством здравоохранения Белгородской области¹, ОГБУЗ « _____ » и мной был заключен договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования № _____ (далее – договор).

В период заключения договора действовало постановление Правительства РФ от 27.04.2024 г. № 555 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования».

1. « ___ » _____ 20__ г. я отчислен (-а) из ФГАОУ ВО _____ по собственному желанию или в связи с академической задолженностью².

2. « ___ » _____ 20__ г. я отчислен (-а) из ФГАОУ ВО _____ в связи с освоением образовательной программы в полном объеме (завершение обучения).

От трудоустройства в ОГБУЗ « _____ » отказываюсь в связи с _____ (например, личными обстоятельствами, переездом, работе в другом учреждении).

Обязуюсь возратить денежные средства, затраченные ОГБУЗ « _____ » на оказание мне мер поддержки, а также выплатить образовательной организации штраф в соответствии с пунктом 100 положения о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 13.10.2020 г. № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования».

« ___ » _____ 20__ _____ И.О. Фамилия
(подпись)

¹ Указывается наименование в соответствии с договором

² Выбрать нужный вариант