



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

КОМИ РЕСПУБЛИКАСА ЙӴЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО

П Р И К А З

от 13 апреля 2020.

№ 541-р

г. Сыктывкар

Об утверждении форм заявления и договора на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Республики Коми

В соответствии с постановлением Правительства Республики Коми от 22 марта 2019 № 133 «О Порядке предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Республики Коми», приказываю:

1. Утвердить:

1) форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Республики Коми согласно приложению № 1;

2) форму договора на предоставление единовременной компенсационной выплаты (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Республики Коми согласно приложению № 2.

2. Признать утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 15 апреля 2019 года № 541-р «Об утверждении форм заявления и договора на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель Председателя Правительства
Республики Коми –
министр здравоохранения
Республики Коми



В.П. Филин

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Республики Коми
от 13.04.2020, № 541-р
(приложение №1)

ФОРМА

В Министерство здравоохранения
Республики Коми

ЗАЯВЛЕНИЕ

на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Республики Коми (заполняется собственноручно, разборчиво, без сокращений, в соответствии с имеющимися документами)

Фамилия	
Имя	
Отчество	
дата рождения	
сведения о документе, удостоверяющем личность медицинского работника (вид документа, серия и номер, кем выдан документ, дата выдачи)	
сведения о документе, подтверждающем получение высшего профессионального медицинского образования (вид документа, серия и номер, кем выдан документ, дата выдачи)	
сведения о документе (сертификате специалиста, свидетельстве об аккредитации) по специальности (должности), на которую принят медицинский работник	
наименование медицинской организации, в которую трудоустроен медицинский работник	
наименование структурного	

подразделения, в которое трудоустроен медицинский работник	
занимаемая должность	
наименование населенного пункта, в котором работает медицинский работник в соответствии с трудовым договором	
адрес постоянного места жительства медицинского работника	
номер телефона	
почтовый адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом решении	
ИНН	
СНИЛС	

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату (далее – выплату) в соответствии с постановлением Правительства Республики Коми от 22 марта 2019 № 133 "О Порядке предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Республики Коми" в размере

(указать сумму)

Выплату прошу перечислить на мой банковский счет по следующим реквизитам:

№ счета

открытый в

(наименование учреждения банка)

БИК

К/С

На заключение договора, предусматривающего обязательства исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации), согласен.

Подписывая настоящее заявление, даю Министерству здравоохранения Республики Коми (Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73) свое согласие на обработку (в т.ч. в информационных системах персональных данных) моих персональных данных, в объеме предоставленных в настоящем заявлении в целях реализации Правительства Республики Коми от 22 марта 2019 № 133 "О Порядке предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Республики Коми", включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение на бумажном и электронном носителях, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в Министерство здравоохранения Российской Федерации, внесения сведений в информационную систему «Социальная защита и социальное обслуживание Республики Коми».

_____ (подпись медицинского работника)

_____ (фамилия и инициалы)

« ____ » _____ 20__ г.

Медицинский работник принят на должность в соответствии с Программным реестром должностей, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Коми на текущий год.

Достоверность сведений, указанных в заявлении медицинского работника, подтверждаю.

Руководитель медицинской организации:

_____ (наименования учреждения здравоохранения)

М.П.

Подпись

_____ фамилия и инициалы

« ____ » _____ 20__ г.