|  |
| --- |
| Министру здравоохранения Забайкальского края  О.В. Немакиной  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, структурное подразделение,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  медицинская организация)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес проживания, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

контактный телефон)

Заявление

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату, предусмотренную Порядком предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины)), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, утвержденным постановлением Правительства Забайкальского края от 27 февраля 2018 года № 79.

Обязуюсь отработать на данной должности не менее 5 лет, согласно условиям заключаемого договора.

К заявлению прилагаю:

1) копию паспорта;

2) копию диплома о высшем (среднем) профессиональном образовании;

3) копию удостоверения (диплома) об окончании интернатуры (ординатуры) или копию свидетельства об аккредитации;

4) копию диплома о профессиональной переподготовке (при наличии);

5) копию сертификата специалиста или выписки о наличии в ЕГИСЗ данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста;

6) копию трудовой книжки, заверенной в установленном порядке работодателем, и (или) сведения о трудовой деятельности, оформленные в установленном законодательством порядке;

7) копию трудового договора с медицинской организацией, подведомственной Министерству;

8) Копию СНИЛС, ИНН

9) справку (иной документ) из кредитной организации с полными реквизитами счета, открытого на имя медицинского работника.

Выплату прошу перечислить в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

на лицевой счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_