



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

30.11.2022г.

№ 624-Р

г. Омск

Об утверждении форм заявлений

В соответствии с пунктом 8 Порядка заключения договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Омской области от 30 ноября 2022 года № 62:

1. Утвердить:

1) форму заявления об участии в конкурсе на заключение договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования согласно приложению № 1 к настоящему распоряжению;

2) форму заявления о заключении договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования согласно приложению № 2 к настоящему распоряжению.

2. Начальнику управления кадровой работы и государственной службы Министерства здравоохранения Омской области в срок до 1 декабря 2022 года обеспечить направление настоящего распоряжения в управление стратегического развития и реформирования здравоохранения Министерства здравоохранения Омской области для его размещения на официальном сайте Министерства здравоохранения Омской области в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – официальный сайт).

3. Начальнику управления стратегического развития и реформирования здравоохранения Министерства здравоохранения Омской области обеспечить размещение настоящего распоряжения на официальном сайте не позднее 1 декабря 2022 года.

4. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня его подписания и действует до вступления в силу приказа Министерства здравоохранения Омской области, предусматривающего утверждение форм заявлений, указанных в пункте 1 настоящего распоряжения.

5. Контроль за исполнением настоящего распоряжения оставляю за собой.

Первый заместитель
Министра здравоохранения
Омской области

А.Л. Сухарев

Приложение № 1
к распоряжению Министерства здравоохранения Омской области
от 30.11.2022г. № 624-р

ФОРМА
заявления об участии в конкурсе на заключение договора о целевом обучении
по образовательным программам среднего профессионального
медицинского образования

В конкурсную комиссию
Министерства здравоохранения
Омской области на заключение
договора о целевом обучении по
образовательным программам
среднего профессионального
медицинского образования

Заявление
об участии в конкурсе на заключение договора о целевом обучении по
образовательным программам среднего профессионального
медицинского образования

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

документ, удостоверяющий личность:
наименование _____, серия _____,
номер _____, кем выдан _____,

дата выдачи «__» _____ Г.,
адрес регистрации по месту жительства: _____,

адрес регистрации по месту пребывания (при наличии): _____,

адрес фактического места проживания: _____,

контактный телефон: _____,

место обучения, специальность обучающегося: _____,

прошу допустить меня, _____ (фамилия, имя, отчество (при
наличии)), представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) к
участию в конкурсе на заключение договора о целевом обучении по
образовательным программам среднего профессионального медицинского

образования (далее – конкурс) в соответствии с установленной

_____ (наименование государственного учреждения здравоохранения Омской области, расположенного в муниципальном районе Омской области (далее – учреждение))

контрольной цифрой потребности в медицинском работнике по должности

_____ (наименование должности)

В _____ (наименование фельдшерско-акушерского пункта)

Настоящим заявлением выражаю согласие Министерству здравоохранения Омской области на обработку содержащихся в нем и других документах, представленных мной для участия в конкурсе, персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

« _____ » _____ Г. _____ (подпись заявителя) _____ (инициалы, фамилия)

Приложение № 2
к распоряжению Министерства здравоохранения Омской области
от 30.11.2022г. № 624-р

ФОРМА

заявления о заключении договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования

В конкурсную комиссию
Министерства здравоохранения
Омской области на заключение
договора о целевом обучении по
образовательным программам
среднего профессионального
медицинского образования

Заявление

о заключении договора о целевом обучении по образовательным программам
среднего профессионального медицинского образования

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

документ, удостоверяющий личность:
наименование _____, серия _____,
номер _____, кем выдан _____

дата выдачи «__» _____ г.,
адрес регистрации по месту жительства: _____

адрес регистрации по месту пребывания (при наличии): _____

адрес фактического места проживания: _____

контактный телефон: _____
место обучения, специальность обучающегося: _____

прошу заключить со мной, с _____ (фамилия, имя, отчество
(при наличии)), представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть),
договор о целевом обучении по образовательной программе среднего
профессионального медицинского образования (далее – договор) по
специальности 31.02.01 «Лечебное дело» (далее – специальность), по условиям

которого предусмотрено трудоустройство после завершения обучения по специальности в _____

(наименование государственного учреждения здравоохранения Омской области,

расположенного в муниципальном районе Омской области, которому установлена контрольная цифра потребности в медицинских работниках по должностям «фельдшер», «заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер» (далее – квота), утверждаемая распоряжением Министерства здравоохранения Омской области

и осуществление в _____

(наименование фельдшерско-акушерского пункта в соответствии с квотой)

в течение не менее 3 лет трудовой деятельности в должности _____

(наименование должности в соответствии с квотой)

Настоящим заявлением выражаю согласие Министерству здравоохранения Омской области на обработку содержащихся в нем и других документах, представленных мной для заключения договора, персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

« ____ » _____ Г.

(подпись заявителя)

(инициалы, фамилия)