**Министерство ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

г. Новосибирск

**Об утверждении формы договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, а также акушерке и медицинской сестре фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшему (переехавшему) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области и формы заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты и признании утратившим силу** **приказа министерства здравоохранения Новосибирской области** **от 16.05.2018 № 1452**

В целях реализации отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в связи с изменениями, внесенными в постановление Правительства Новосибирской области от 27.02.2018 № 72-п «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области, и признании утратившим силу постановления Правительства Новосибирской области от 13.07.2015 № 250-п» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1) форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, а также акушерке и медицинской сестре фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшему (переехавшему) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области;

2) форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр К.В. Хальзов

Т.С. Тюкова

(383) 238 63 19

УТВЕРЖДЕНА

приказом

министерства здравоохранения

Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма

ДОГОВОР

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. г. Новосибирск

Министерство здравоохранения Новосибирской области в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующего на основании положения о министерстве здравоохранения Новосибирской области, утвержденного постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п, (далее - Минздрав НСО), с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность и место работы)

прибывший (переехавший) на работу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование населенного пункта)

окончивший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование образовательной организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

 (далее - медицинский работник), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Предоставление медицинскому работнику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и место работы)

единовременной компенсационной выплаты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(500 000, 750 000, 1 000 000, 1 500 000 рублей – нужное написать прописью)

 в течение 90 календарных дней со дня заключения настоящего договора с обязанностью медицинского работника работать в течение пяти лет в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

с даты заключения настоящего договора.

1.2. Выплата осуществляется в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, установленных Минздраву НСО на текущий финансовый год.

2. Обязательства медицинского работника

2.1. Медицинский работник обязуется работать в течение пяти лет со дня заключения настоящего договора по основному месту работы в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование медицинской организации)

на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_.

Действие данного договора продлевается на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации) путем заключения к нему дополнительного соглашения;

2.2. Медицинский работник обязуется возвратить в областной бюджет Новосибирской области в течение 30 календарных дней часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения 5-летнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам.

2.3. Медицинский работник обязуется возвратить в возвратить в областной бюджет Новосибирской области в течение 30 календарных дней часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

3. Обязательства Минздрава НСО

3.1. Минздрав НСО обязуется в течение 90 календарных дней со дня заключения настоящего договора с медицинским работником перечислить на лицевой счет, открытый медицинским работником в кредитной организации, единовременную компенсационную выплату в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(500 000, 750 000, 1 000 000, 1 500 000 рублей – нужное написать прописью)

4. Ответственность сторон

4.1. В случае нарушения медицинским работником тридцатидневного срока возврата части единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной с даты прекращения трудового договора пропорционально неотработанному медицинским работником пятилетнему периоду, медицинский работник обязан уплатить неустойку в виде пени в размере 0,1 процента от суммы части единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной с даты прекращения трудового договора пропорционально неотработанному медицинским работником пятилетнему периоду, за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения тридцатидневного срока.

5. Прочие положения

5.1. Срок действия договора с «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, из которых один хранится в Минздраве НСО, второй - у медицинского работника.

5.3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по письменному соглашению сторон.

5.4. Споры по настоящему договору решаются путем переговоров и направления претензий. Срок рассмотрения претензий составляет 15 дней с даты ее получения. В случае невозможности урегулирования спора в претензионном порядке дело подлежит рассмотрению в Центральном районном суде города Новосибирска.

6. Реквизиты и подписи сторон:

УТВЕРЖДЕНА

приказом

министерства здравоохранения

Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма

|  |
| --- |
| Министру здравоохранения  |
| Новосибирской области |
|  |
| от |
|  |
|  |
|  |

Заявление

на предоставление единовременной компенсационной выплаты

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, диплом (серия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 работаю (кем, где) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, расположенном по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, трудовой договор от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ранее проживал(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(500 000, 750 000, 1 000 000, 1 500 000 рублей – нужное написать прописью)

Даю согласие на заключение двухстороннего договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

Согласие на обработку персональных данных прилагаю.

 Контактный телефон: , E-mail:

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Подпись

Приложение

к Заявлению

на предоставление единовременной компенсационной выплаты

**Информированное согласие на обработку персональных данных**

(заполняется собственноручно)

|  |
| --- |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес фактического проживания, серия, номер основного документа, удостоверяющего личность,сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)**даю согласие на автоматизированную обработку** министерством здравоохранения Новосибирской области, моих персональных данных, в том числе фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, паспортные данные, пол, место работы, должность, сведения о документах об образовании, место жительства, контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии)(наименование организации, получающего согласие и перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных)в целях предоставления единовременной компенсационной выплаты в размере 500 000 рублей/1,0 миллиона рублей, 750 000 рублей/1,5 миллиона рублей (нужное отметить)  (цель обработки персональных данных)Рассмотрение документов с целью принятия решения о заключении двухстороннего договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты, ведение электронного реестра специалистов, внесение данных в Систему мониторинга показателей в сфере здравоохранения Российской Федерации(перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных)**Настоящим удостоверяю достоверность своих персональных данных** **Срок действия настоящего согласия 10 лет, со дня дачи согласия**(срок, в течение которого действует согласие)**Согласие может быть отозвано в любой момент. Для этого необходимо обратиться в министерство здравоохранения Новосибирской области (Красный проспект, 18, каб. 655, 642) с личным заявлением**порядок его отзыва)( собственноручная подпись субъекта персональных данных, дата) |