ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу министерства здравоохранения

Новосибирской области

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

|  |  |
| --- | --- |
| Заполняется на официальном бланке | Министру здравоохранения Новосибирской областиот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность) |

**ЗАЯВКА**

**государственного учреждения Новосибирской области, подведомственного министерству здравоохранения Новосибирской области, на предоставление специальной социальной выплаты**

 . .20 №\_\_

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

(наименование медицинской организации)

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(отчетный период)

на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(итоговая сумма специальной социальной выплаты, рубли.)

В соответствии с постановлением Правительства Новосибирской области от 14.08.2023 № 378-п «О дополнительных мерах социальной поддержки медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную систему здравоохранения Новосибирской области» (далее – постановление Правительства НСО) прошу предоставить медицинским работникам специальную социальную выплатуза период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Сведения о медицинских работниках, имеющих право на получение специальной социальной выплаты в соответствии с постановлением Правительства НСО (далее – медицинские работники), прилагаются.

Государственное бюджетное (автономное) учреждение здравоохранения Новосибирской области в лице руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

подтверждает достоверность предоставленных сведений.

Приложение: на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель медицинской организации(или лицо, его замещающее) |  | / |  | / |  |
|  | должность |  | подпись |  | расшифровка подписи |
| Ответственный исполнитель |  | / |  | / |  |
|  | должность |  | подпись |  | расшифровка подписи |
| Телефон: |  |  |  |  |  |