

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
РОСТОВСКАЯ ОБЛАСТЬ
МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ «ГОРОД ТАГАНРОГ»
АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА ТАГАНРОГА**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

№

г. Таганрог

О внесении изменений в постановление Администрации города Таганрога от 10.11.2011 № 4100

В целях приведения нормативного правового акта в соответствие с действующим законодательством и реализации муниципальной программы города Таганрога «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Администрации города Таганрога от 13.11.2018 № 2145, **постановляю:**

1. Внести в приложение к постановлению Администрации города Таганрога от 10.11.2011 № 4100 «О мерах по реализации мероприятий по улучшению обеспечения медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога медицинскими кадрами» следующие изменения:

1.1. В пункте 2.3 раздела 2 «Порядок выплаты компенсаций» приложения:

1.1.1. Абзац 4 исключить.

1.1.2. Дополнить абзацем 7 следующего содержания:

«согласие на обработку персональных данных заполненное заявителем, членами его семьи по форме, согласно приложению № 3 к настоящему Положению, собственником жилого помещения, передаваемого в пользование по договору коммерческого найма по форме согласно приложению № 4 к настоящему Положению.»

1.2. Пункт 2.9 дополнить абзацем «д» следующего содержания:

«д) отзыв согласия на обработку персональных данных субъектом персональных данных».

1.3. Приложение № 1 «Перечень должностей категорий работников дефицитных специальностей» к Положению о мерах по реализации мероприятий по улучшению обеспечения медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога медицинскими кадрами (далее – Положение) изложить в редакции, согласно приложению № 1 к настоящему постановлению.

1.4. Приложение 2 к Положению изложить в редакции согласно приложению №2 к настоящему постановлению.

1.5. Приложение № 3 к Положению изложить в редакции согласно приложению № 3 к настоящему постановлению.

1.6. Приложение № 4 к Положению изложить в редакции согласно приложению № 4 к настоящему постановлению.

2. Пресс-службе Администрации города Таганрога (Строганова С.В.) обеспечить официальное опубликование настоящего постановления и представить информацию о его опубликовании в общий отдел Администрации города Таганрога.

3. Общему отделу Администрации города Таганрога (Адова И.В.) обеспечить представление копии настоящего постановления и информации о его официальном опубликовании в Правительство Ростовской области в установленные сроки.

4. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя главы Администрации города Таганрога Голубеву И.В.

Глава Администрации города Таганрога

А.В. Лисицкий

Перечень
должностей категорий работников дефицитных специальностей

Врач-акушер-гинеколог;
врач-анестезиолог-реаниматолог;
врач-бактериолог;
врач-инфекционист;
врач-кардиолог;
врач клинической лабораторной диагностики;
врач-невролог;
врач-нейрохирург;
врач-неонатолог;
врач общей практики (семейный врач);
врач-патологоанатом;
врач приемного отделения;
врач-рентгенолог;
врач скорой медицинской помощи;
врач-терапевт;
врач-терапевт участковый;
врач-травматолог - ортопед;
врач ультразвуковой диагностики;
врач-уролог;
врач функциональной диагностики;
врач-детский хирург;
врач-эндокринолог;
врач-эндоскопист;
врач-эпидемиолог;
врач-оториноларинголог;
врач-сердечно-сосудистый хирург;
врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению;
врач по спортивной медицине;
врач-аллерголог-иммунолог;
врач-детский кардиолог;
врач по паллиативной медицинской помощи;
врач-пульманолог;
врач-ортодонт;
врач-стоматолог детский

Приложение № 1 к постановлению
Администрации города Таганрога
от _____ № _____

Приложение № 1 к Положению о мерах по
реализации мероприятий по улучшению
обеспечения медицинских организаций
муниципальной системы здравоохранения
города Таганрога медицинскими кадрами

Форма заявления

Главному врачу муниципального
бюджетного учреждения здравоохранения

« _____ »

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О. заявителя)

(должность)

(место работы)

Мне известно и понятно, что установлена ответственность при получении мер социальной поддержки в виде частичной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг обманным путем.

Получение мер социальной поддержки в виде частичной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг незаконным способом путем введения в заблуждение, предоставления подложных документов и недостоверной информации влечет:

- взыскание с гражданина всей суммы незаконно полученных денежных средств, выплаченных в качестве мер социальной поддержки в виде частичной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг в соответствии со статьей 1102 Гражданским кодексом Российской Федерации;

- наложение административного штрафа в размере до пятикратной стоимости причиненного ущерба, но не менее пяти тысяч рублей в соответствии со статьей 2.27.1 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации;

- уголовная ответственность за мошенничество, то есть хищение денежных средств или иного имущества при получении пособий, компенсаций, субсидий и иных социальных выплат, установленных законами и иными нормативными правовыми актами, путём предоставления заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а равно путём умолчания о фактах, влекущих прекращение указанных выплат, в соответствии со статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации.

(подпись, дата)

Заявление

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество заявителя)

работая в должности _____,
(указывается наименование должности)

(место работы)

прошу предоставить меру социальной поддержки в виде частичной компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг по адресу:

находящегося в пользовании по договору коммерческого найма от _____ № _____, заключенного с собственником жилого помещения.

Даю согласие в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями, представленными мной в медицинскую организацию, орган местного самоуправления в целях возможности реализации в отношении меня мер социальной поддержки в виде частичной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг. Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение:

(перечисляются прилагаемые документы, в соответствии с пунктом 2.3. Положения о мерах по реализации мероприятий по улучшению обеспечения медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога.)

(дата)

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

Приложение № 3 к постановлению
Администрации города Таганрога от
_____ № ____

Приложение № 3 к Положению о мерах
по реализации мероприятий по
улучшению обеспечения медицинских
организаций муниципальной системы
здравоохранения города Таганрога
медицинскими кадрами

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

г. Таганрог

«__» _____ 20__

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), зарегистрированный(ая) по адресу

_____ ,
паспорт серия _____ № _____, выдан _____,

_____ ,
(дата выдачи, кем выдан)

_____ ,
действуя от имени несовершеннолетнего _____,

_____ ,
(фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения)

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным
должностным лицам:

- муниципального бюджетного учреждения здравоохранения
«_____» ,

зарегистрированного по адресу: г. Таганрог, _____ ,
(далее – медицинская организация);

- Управления здравоохранения г. Таганрога, зарегистрированного по адресу: г.
Таганрог, ул. Петровская. 74/ пер. Лермонтовский, 5;

- Финансового управления г. Таганрога, зарегистрированного по адресу: г.
Таганрог, пер. А. Глушко, 25, на обработку (любое действие (операцию) или
совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств
автоматизации или без использования таких средств с персональными данными,
включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение
(обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение,
предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение)
следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство;

выполняемая работа, справка (выписка из трудовой книжки) с момента работы, отражающая статус врача – специалиста в медицинской организации; степень родства, фамилии, имена, отчества, даты рождения близких родственников (отца, матери, братьев, сестер и детей), а также мужа (жены); свидетельств: о браке (расторжении брака), о рождении (смерти) членов семьи, о перемене имени; места рождения, места домашние адреса членов семьи (мужа (жены), детей); адрес регистрации и фактического проживания, дата регистрации; паспорт (серия, номер, кем и когда выдан); номер телефона; справка предприятия технической инвентаризации, сведения о наличии (отсутствии) жилья, принадлежащего на праве собственности и подлежащего налогообложению, расположенного в городе Таганроге, на всех членов семьи в городе Таганроге; сведения о сделке по договору коммерческого найма.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях возможности реализации в отношении меня мер социальной поддержки в виде частичной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг (далее - компенсация).

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока осуществления выплат компенсации, а также осуществляемых с ней проверочных и контрольных мероприятий;

2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;

3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, комиссией принимается решение о прекращении выплаты компенсации в порядке и сроки, указанные в «Положении о мерах по реализации мероприятий по улучшению обеспечения медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога медицинскими кадрами»;

4) после прекращения осуществления выплат компенсации персональные данные хранятся в медицинской организации, Управлении здравоохранения г. Таганрога в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

5) персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления выплат компенсаций.

Дата начала обработки персональных данных: _____
(число, месяц, год)

(ФИО)

(подпись)

(дата)

Приложение № 4 к постановлению
Администрации города Таганрога от
_____ № ____

Приложение № 4 к Положению о мерах
по реализации мероприятий по
улучшению обеспечения медицинских
организаций муниципальной системы
здравоохранения города Таганрога
медицинскими кадрами

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных
собственника жилого помещения, передаваемого в пользование по договору
коммерческого найма

г. Таганрог

«__» _____ 20__

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), зарегистрированный(ая) по адресу

паспорт серия _____ № _____, выдан _____,

(дата выдачи, кем выдан)

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным
должностным лицам:

- муниципального бюджетного учреждения здравоохранения
«_____»,

зарегистрированного по адресу: г. Таганрог, _____,
(далее – медицинская организация),

- Управления здравоохранения г. Таганрога, зарегистрированного по адресу: г.
Таганрог, ул. Петровская. 74/ пер. Лермонтовский, 5,

- Финансового управления г. Таганрога, зарегистрированного по адресу: г.
Таганрог, пер. А. Глушко, 25, на обработку (любое действие (операцию) или
совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств
автоматизации или без использования таких средств с персональными данными,
включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение
(обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение,
предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение)
следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство;

адрес регистрации;

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан);

номер телефона.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях возможности реализации в отношении меня мер социальной поддержки в виде частичной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг (далее - компенсация).

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока осуществления выплат компенсации, а также осуществляемых с ней проверочных и контрольных мероприятий;

2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;

3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, комиссией принимается решение о прекращении выплаты компенсации в порядке и сроки, указанные в «Положении о мерах по реализации мероприятий по улучшению обеспечения медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога медицинскими кадрами»;

4) после прекращения осуществления выплат компенсации персональные данные хранятся в медицинской организации, Управлении здравоохранения г. Таганрога, Финансовом управлении г. Таганрога в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

5) персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления выплат компенсаций.

Дата начала обработки персональных данных: _____
(число, месяц, год)

(ФИО)

(подпись)

(дата)