

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

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

№

г. Таганрог

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

В целях приведения нормативно-правового акта в соответствии с действующим законодательством, в целях реализации муниципальной программы города Таганрога «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Администрации города Таганрога от 17.10.2013 № 3279, **постановляю:**

1. Внести в постановление 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. Абзац 4 пункта 2.3 раздела 2 приложения № 1 исключить;

1.2. Приложение № 2 изложить в редакции согласно приложению.

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

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

Глава Администрации города Таганрога

А.В. Лисицкий

Проект постановления вносит
Начальник Управления здравоохранения
г. Таганрога

Т.Н. Подлесная

СОГЛАСОВАНО

Заместитель главы
Администрации города Таганрога

И.В. Голубева

Начальник финансового управления
г. Таганрога

Т.И. Лях

Начальник отдела
по мобилизационной работе
Администрации города Таганрога

И.А. Рябов

Заместитель начальника управления
экономического развития
Администрации города Таганрога

Н.А. Крутоголова

Руководитель пресс-службы
Администрации города Таганрога

И.Ю. Кувалдина

Начальник общего отдела
Администрации города Таганрога

И.В. Адова

Начальник правового управления
Администрации города Таганрога

Ю.Ж. Шатская

Управляющий делами
Администрации города Таганрога

М.В. Баксов

Приложение к постановлению
Администрации города Таганрога
от _____ № _____

Приложение № 2 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
" _____ "

_____ (ФИО)

_____ (ФИО заявителя)

_____ (должность)

_____ (место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____, работая в должности _____,
(ФИО заявителя) (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.

Сообщаю, что совместно со мной зарегистрированы следующие лица*:

1. _____
(ФИО, дата и место рождения, место регистрации, данные документа, удостоверяющего личность)

«Даю согласие на обработку моих персональных данных»

_____ (подпись члена семьи/законного представителя несовершеннолетнего члена семьи)

2. _____
(ФИО, дата и место рождения, место регистрации, данные документа, удостоверяющего личность)

«Даю согласие на обработку моих персональных данных»

_____ (подпись члена семьи/законного представителя несовершеннолетнего члена семьи)

3.

_____ (ФИО, дата и место рождения, место регистрации, данные документа, удостоверяющего личность)

«Даю согласие на обработку моих персональных данных»

_____ (подпись члена семьи/законного представителя несовершеннолетнего члена семьи).

Уведомлен о том, что при декларировании сведений о регистрации и родственных связях несу ответственность за предоставление ложных сведений, вплоть до уголовной.

Ст.159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ предусмотрена ответственность за мошенничество при получении выплат, то есть хищение денежных средств или иного имущества при получении пособий, компенсаций, субсидий и иных социальных выплат, установленных законами и иными нормативными правовыми актами, путем представления заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а равно путем умолчания о фактах, влекущих прекращение указанных выплат, в виде наказания штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до четырех месяцев.

Даю свое согласие на обработку, использование и передачу третьим лицам всех моих персональных данных, представленных к заявлению, персональных данных членов моей семьи в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с целью предоставления мне меры социальной поддержки в виде частичной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг

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)

_____ *Данный раздел заполняется в случае наличия у заявителя супруга и/или детей.