

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» изменения, изложив приложение в редакции, согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу с 01.01.2020 года, но не ранее дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие, начиная с составления бюджета муниципального образования «Город Таганрог» на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов.

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

Глава Администрации города Таганрога

А.В. Лисицкий

Приложение к постановлению
Администрации города Таганрога
от _____ № _____

Приложение к постановлению
Администрации г. Таганрога
от 10.11.2011 № 4100

Положение
о мерах по реализации мероприятий по улучшению обеспечения
медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города
Таганрога медицинскими кадрами

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано с целью организации работы по реализации мероприятий по снижению дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения оттока кадров из муниципальной системы здравоохранения, обеспечению системы здравоохранения города Таганрога высококвалифицированными специалистами, развитию мер социальной поддержки врачей - специалистов медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога (далее – меры социальной поддержки).

1.2. К мерам социальной поддержки по снижению дефицита медицинских кадров относятся:

1.2.1. Выплата частичной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг (далее - компенсация).

1.2.2. Выплата подъемных врачу-специалисту, приехавшему для постоянной работы в медицинской организации из иного муниципального образования (далее - подъемные), с 1 января 2020 года.

1.3. Меры социальной поддержки в виде выплаты компенсации предоставляются врачу-специалисту медицинской организации муниципальной системы здравоохранения города Таганрога (далее – медицинская организация), включенному в Перечень должностей категорий работников дефицитных специальностей, согласно приложению № 1 к настоящему Положению, который пользуется жилым помещением на основании договора коммерческого найма жилого помещения, расположенного в городе Таганроге, и не является нанимателем жилых помещений по договорам социального найма или членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, либо собственником жилых помещений или членом семьи собственника жилого помещения, расположенных в городе Таганроге (далее - заявитель).

1.4. Меры социальной поддержки в виде выплаты подъемных предоставляются врачу-специалисту медицинской организации, включенному в Перечень должностей категорий работников дефицитных специальностей медицинской организации, согласно приложению № 2 к настоящему Положению, который, приехав из иного муниципального образования, трудоустроен по основному месту работы в медицинскую организацию.

1.3. Финансирование мероприятий по выплатам компенсаций, подъемных производится в пределах ассигнований, предусмотренных в бюджете города Таганрога на данные цели на соответствующий финансовый год.

2. Порядок принятия решения о выплате компенсаций

2.1. Предоставление компенсации осуществляется заявителю при пользовании жилым помещением на основании договора коммерческого найма.

2.2. Сумма компенсации за месяц устанавливается в следующем размере:

заявителю, не состоящему в браке, - 3 500,0 рублей (5 500,0 рублей с 01.01.2020года);

заявителю, состоящему в браке, не имеющему детей, - 4 000,0 рублей (6 000,0 рублей с 01.01.2020 года);

заявителю, имеющему 1 ребенка и более, - 5 000,0 рублей (7 000,0 рублей с 01.01.2020).

2.3. Для выплаты компенсации заявитель предоставляет в медицинскую организацию заявление по форме согласно приложению № 3 к настоящему Положению. К заявлению прилагаются оригиналы либо надлежащим способом заверенные копии следующих документов:

документ, удостоверяющий личность заявителя и членов его семьи (все страницы);

справка (выписка из трудовой книжки) с места работы, отражающая статус врача-специалиста в организации;

копии свидетельств: о браке (расторжении брака), о рождении (смерти) членов семьи, о перемене имени;

справка предприятия технической инвентаризации и выписка из Единого государственного реестра недвижимости (ЕГРН) по состоянию на дату подачи заявления о наличии (отсутствии) жилья принадлежащего на праве собственности и подлежащего налогообложению, расположенного в городе Таганроге, на всех членов семьи в городе Таганроге;

документы, отражающие правовой статус занимаемого жилья;

согласие на обработку персональных данных, заполненное заявителем, членами его семьи по форме, согласно приложению № 5 к настоящему Положению, собственником жилого помещения, передаваемого в пользование по договору коммерческого найма по форме согласно приложению № 6 к настоящему Положению.

2.4. Днем подачи заявления считается день предоставления заявителем указанных в пункте 2.3 документов в медицинскую организацию.

2.5. Рассмотрение заявления и проверка оснований для выплаты компенсации осуществляется комиссией, создаваемой при Управлении здравоохранения г. Таганрога (далее - Комиссия), в срок не позднее 5 рабочих дней на основании ходатайства руководителя медицинской организации перед Управлением здравоохранения г. Таганрога (далее - Управление). Ходатайство направляется в Управление в срок не позднее трех рабочих дней со дня предоставления документов заявителем.

Состав, порядок и сроки работы Комиссии устанавливаются правовым актом Управления.

2.6. По результатам рассмотрения ходатайства Комиссией принимается решение о выплате компенсации или об отказе в выплате компенсации, которое оформляется протоколом и направляется в срок не позднее трех рабочих дней со дня принятия решения заявителю и в медицинскую организацию.

2.7. Право на выплату соответствующей компенсации возникает у заявителя с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором было принято решение о выплате компенсации.

2.8. Основаниями для отказа в выплате компенсации являются:

а) непредоставление заявителем документов, указанных в пункте 2.3 настоящего Положения в полном объеме;

б) предоставлены документы, которые не подтверждают право на выплату компенсации;

в) отсутствие лимитов расходов на данные цели на соответствующий финансовый год в бюджете города Таганрога.

2.9. Основаниями для прекращения выплат компенсации являются:

а) заявление о прекращении выплат компенсации;

б) утрата оснований, дающих право на выплату компенсации;

в) выявление в предоставленных заявителем документах недостоверных сведений, явившихся основанием для принятия решения о выплате компенсации;

г) прекращение трудовых отношений заявителя в медицинской организации;

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

2.10. Решение о прекращении выплаты компенсации направляется заявителю в срок не позднее трех рабочих дней со дня выявления обстоятельств, являющихся основанием для принятия таких решений.

3. Порядок принятия решения о выплате подъемных

3.1. Предоставление подъемных осуществляется заявителю, приехавшему из иного муниципального образования, при заключении с медицинской организацией трудового договора по основному месту работы в качестве врача – специалиста сроком не менее 10 (десяти) лет.

3.2. Сумма выплаты подъемных устанавливается в размере 500 000,0 рублей одному заявителю.

3.3. Для выплаты подъемных заявитель предоставляет в медицинскую организацию заявление по форме согласно приложению № 4 к настоящему Положению. К заявлению прилагаются оригиналы, либо надлежащим способом заверенные копии следующих документов:

документ, удостоверяющий личность заявителя (все страницы);

справка (выписка из трудовой книжки) с места работы, отражающая статус врача-специалиста в медицинской организации;

копия соглашения о выплате врачу-специалисту, приехавшему для постоянной работы в медицинской организации из иного муниципального образования по форме, согласно приложению № 7 к настоящему Положению;

свидетельство о регистрации по месту пребывания (свидетельство о регистрации по месту жительства);

согласие на обработку персональных данных, заполненное заявителем по форме, согласно приложению № 5 к настоящему Положению.

3.4. Днем подачи заявления считается день предоставления заявителем указанных в пункте 3.3 документов в медицинскую организацию.

3.5. Рассмотрение заявления и проверка оснований для выплаты подъемных осуществляется комиссией, создаваемой при Управлении (далее - Комиссия), в срок не позднее 5 рабочих дней на основании ходатайства руководителя медицинской организации перед Управлением. Ходатайство направляется в Управление в срок не позднее трех рабочих дней со дня предоставления документов заявителем.

Состав, порядок и сроки работы Комиссии устанавливаются правовым актом Управления.

3.6. По результатам рассмотрения ходатайства Комиссией принимается решение о выплате подъемных или об отказе в выплате подъемных, которое оформляется протоколом и направляется в срок не позднее трех рабочих дней со дня принятия решения заявителю и в медицинскую организацию.

3.7. Выплата осуществляется не позднее трех месяцев, следующих за месяцем, в котором было принято решение о выплате подъемных.

3.8. Основаниями для отказа в выплате подъемных являются:

а) непредоставление заявителем документов, указанных в пункте 3.3 настоящего Положения в полном объеме;

б) предоставлены документы, которые не подтверждают право на выплату подъемных;

в) отсутствие лимитов расходов на данные цели на соответствующий финансовый год в бюджете города Таганрога.

4. Финансирование мер социальной поддержки

4.1. Финансирование мероприятий производится в пределах ассигнований, предусмотренных в бюджете города Таганрога на данные цели на соответствующий финансовый год: при выплате компенсации ежемесячно по заявке Управления, при выплате подъемных единовременно по заявке Управления.

4.2. Финансирование расходов по выплате компенсаций и подъемных осуществляется путем перечисления средств Управлением на счета медицинских организаций в соответствии с Соглашением о предоставлении субсидий на иные цели.

4.3. При планировании размера ассигнований на соответствующий финансовый год учитывается количество решений о выплате компенсаций заявителям и количества вакантных ставок врачей – специалистов клинических специальностей медицинских организаций на момент формирования бюджета. Утвержденная сумма подлежит корректировке в случае изменения в течение финансового года количества заявителей или наступления обстоятельств, повлекших принятие решения о невыплате компенсаций, подъемных в пределах

средств, предусмотренных в бюджете города Таганрога на соответствующий финансовый год по отрасли «Здравоохранение».

4.4. Отчетность об использовании средств, направленных на выплату компенсаций, подъемных предоставляется в соответствии с Порядком определения объема и условий предоставления из бюджета города Таганрога субсидий на иные цели муниципальным бюджетным и муниципальным автономным учреждениям, утвержденным постановлением Администрации города Таганрога от 07.05.2014 № 1376.

4.5. Выплата компенсаций осуществляется медицинской организацией ежемесячно в сроки выплаты заработной платы.

4.6. Выплата подъемных осуществляется медицинской организацией единовременно.

4.7. С получателя, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке, взыскиваются:

- сумма выплаченной компенсации, в случае выявления предоставления заявителем недостоверных сведений;

- сумма выплаченных подъемных, в случае выявления предоставления заявителем недостоверных сведений или расторжения трудового договора с медицинской организацией.

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

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

Перечень должностей категорий работников дефицитных специальностей медицинской организации

1. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница скорой медицинской помощи»:

- врач-анестезиолог-реаниматолог;
- врач-невролог;
- врач-нейрохирург;
- врач-оториноларинголог;
- врач-педиатр;
- врач-рентгенолог;
- врач скорой медицинской помощи;
- врач-терапевт;
- врач-травматолог-ортопед;
- врач-трансфузиолог;
- врач-эндокринолог;
- врач-эндоскопист;
- врач-эпидемиолог.

2. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Первая городская больница»:

- врач функциональной диагностики.

3. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская больница»:

- врач-анестезиолог-реаниматолог;
- врач-невролог;
- врач-травматолог-ортопед;
- врач-физиотерапевт.

4. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом»:

- врач-акушер-гинеколог;
- врач-анестезиолог-реаниматолог;
- врач-терапевт;
- врач-трансфузиолог;
- врач-эпидемиолог.

5. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3»:

- врач паллиативной медицинской помощи;
- врач-психотерапевт;
- врач-терапевт.

6. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 7»:

- врач-невролог;
- врач-пульмонолог;
- врач функциональной диагностики.

7. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 1»:

- врач-гастроэнтеролог;
- врач-инфекционист;
- врач-кардиолог;
- врач-невролог;
- врач-оториноларинголог;
- врач-офтальмолог;
- врач-рентгенолог;
- врач-терапевт;
- врач-хирург.

8. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 2»:

- врач-инфекционист;
- врач-кардиолог;
- врач общей практики (семейный врач);
- врач-рентгенолог;
- врач-терапевт;
- врач-уролог;
- врач-эпидемиолог.

9. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 1»:

- врач-детский кардиолог;
- врач-невролог;
- врач-офтальмолог;
- врач-рентгенолог;
- врач-травматолог-ортопед;
- врач-детский хирург.

10. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 1»:

- врач-ортодонт.

11. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Стоматологическая поликлиника № 2»:
- врач-ортодонт;
- врач-стоматолог детский;
- врач-стоматолог-ортопед.

12. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Стоматологическая поликлиника № 3»:
- врач-стоматолог детский.

Приложение № 3 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 обманным путем.

Получение мер социальной поддержки 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 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 № 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

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.

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 мер социальной поддержки.

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

(ФИО)

(подпись)

(дата)

Приложение № 5 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)

Приложение № 6 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 обманным путем.

Получение мер социальной поддержки 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 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 выплаты подъемных в сумме 500 000 рублей в связи с моим переездом и проживанием на территории муниципального образования «Город Таганрог» с целью трудоустройства в качестве врача-специалиста (указать наименование должности) муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «_____», сроком работы не менее 10 лет.

Мне известны и понятны последствия расторжения трудовых отношений с медицинской организацией.

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 3.3. Положения о мерах по реализации мероприятий по улучшению обеспечения медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога.)

(дата)

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

Приложение № 7 к Положению о мерах по реализации мероприятий по улучшению обеспечения медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога медицинскими кадрами

СОГЛАШЕНИЕ

о выплате врачу-специалисту, приехавшему для постоянной работы в медицинской организации из иного муниципального образования

г. Таганрог

«__» _____ 20__ г.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «_____»,
(полное наименование)

в лице главного врача _____,
(ФИО полностью)

именуемое в дальнейшем Учреждение, и _____,

(должность врача-специалиста с указанием полного наименования должности, ФИО полностью)
именуемый в дальнейшем врач-специалист, совместно именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Предмет соглашения

1.1. Предметом настоящего соглашения является оказание Учреждением меры социальной поддержки в виде выплаты врачу-специалисту, приехавшему для постоянной работы в Учреждении из иного муниципального образования на основании заявления врача-специалиста, по форме, согласно приложению № 4 к Положению по реализации мероприятий по улучшению обеспечения медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения города Таганрога медицинскими кадрами, утвержденному постановлением Администрации города Таганрога от 10.11.2011 № 4100 (далее - заявление).

1.2. Учреждение выплачивает врачу-специалисту меру социальной поддержки (подъемные) в сумме 500 000,0 рублей. Перечисление осуществляется Учреждением на расчетный счет врача-специалиста для выплаты заработной платы в срок не позднее трех месяцев, следующих за месяцем, в котором было принято решение о выплате подъемных.

1.3. Врач-специалист обязуется продолжать работать в Учреждении не менее 10 (десяти) лет с даты подписания трудового договора (последним днем десятилетнего срока работы считается день предшествующий дню подписания трудового договора через десять лет).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Учреждение обязуется выплатить подъемные врачу-специалисту в сумме, указанной в пункте 1.1 настоящего соглашения.

2.2. Учреждение имеет право потребовать возврата в полном объеме суммы выплаченных подъемных в случаях расторжения трудового договора с врачом-

специалистом до истечения десятилетнего срока, в соответствии с основаниями прекращения трудового договора, определенными Трудовым кодексом Российской Федерации, а именно: по инициативе врача-специалиста (по собственному желанию), по инициативе работодателя (за исключением увольнения в связи с ликвидацией Учреждения, сокращением численности или штата работников Учреждения), за исключением случаев прекращения трудового договора по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон (кроме осуждения врача-специалиста к наказанию, исключающему продолжение прежней работы в соответствии с приговором суда, вступившим в законную силу), или при предоставлении недостоверных сведений, при поступлении на работу, влияющие на возможность осуществления заявленной трудовой деятельности в медицинской организации.

2.3. Врач-специалист обязуется продолжать работу в Учреждении не менее 10 (десяти) лет с момента заключения трудового договора.

2.4. Возместить в полном объеме суммы выплаченных подъемных в размере 500 000,0 рублей в случае досрочного расторжения трудового договора с Учреждением, в соответствии с основаниями прекращения трудового договора, определенными Трудовым кодексом Российской Федерации, а именно: по инициативе врача-специалиста (по собственному желанию), по инициативе работодателя (за исключением увольнения в связи с ликвидацией Учреждения, сокращением численности или штата работников Учреждения), за исключением случаев прекращения трудового договора по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон (кроме осуждения врача-специалиста к наказанию, исключающему продолжение прежней работы в соответствии с приговором суда, вступившим в законную силу), или при предоставлении недостоверных сведений, при поступлении на работу, влияющие на возможность осуществления заявленной трудовой деятельности в медицинской организации.

3. Срок действия соглашения

3.1. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до исполнения обязательств каждой из Сторон.

4. Прочие условия

4.1. Настоящее соглашение составлено в трех экземплярах идентичного содержания, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр для Учреждения, два экземпляра врачу-специалисту.

4.2. Возникающие при исполнении условий настоящего соглашения разногласия и споры между Сторонами разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

5. Реквизиты сторон

Учреждение
Наименование

Врач-специалист
ФИО _____

Адрес: _____
Тел. _____
ИНН/КПП _____
р/сч _____
БИК _____

Паспорт серия _____ номер _____
выдан _____
Адрес регистрации _____

Главный врач _____
(роспись) (ФИО)

(роспись) (ФИО)

М.П.