



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

07.02.2024г.

№ 5

г. Омск

Об утверждении формы заявления о предоставлении компенсации выпускникам общеобразовательных организаций, расположенных на территории муниципальных районов Омской области, расходов на прохождение подготовительных курсов в целях поступления на обучение по образовательным программам высшего медицинского образования

В соответствии с подпунктом 1 пункта 5 Порядка предоставления меры социальной поддержки в виде компенсации выпускникам общеобразовательных организаций, расположенных на территории муниципальных районов Омской области, расходов на прохождение подготовительных курсов в целях поступления на обучение по образовательным программам высшего медицинского образования, утвержденного постановлением Правительства Омской области от 28 декабря 2023 года № 758-п «О мере социальной поддержки гражданам при поступлении на обучение по образовательным программам высшего медицинского образования», приказываю:

Утвердить прилагаемую форму заявления о предоставлении компенсации выпускникам общеобразовательных организаций, расположенных на территории муниципальных районов Омской области, расходов на прохождение подготовительных курсов в целях поступления на обучение по образовательным программам высшего медицинского образования.

Министр здравоохранения
Омской области

А.Н. Наркевич

ФОРМА

заявления о предоставлении компенсации выпускникам
общеобразовательных организаций, расположенных на территории
муниципальных районов Омской области, расходов на прохождение
подготовительных курсов в целях поступления
на обучение по образовательным программам
высшего медицинского образования

В Министерство здравоохранения
Омской области

Заявление

о предоставлении компенсации расходов на прохождение подготовительных
курсов в целях поступления на обучение по образовательным программам
высшего медицинского образования

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

документ, удостоверяющий личность:

наименование _____, серия _____,
номер _____, кем выдан _____

дата выдачи «__» _____ Г.,

адрес регистрации по месту жительства: _____

адрес регистрации по месту пребывания (при наличии): _____

адрес фактического места проживания: _____

контактный телефон: _____

место обучения, специальность обучающегося: _____

прошу компенсировать расходы на оплату обучения на подготовительных
курсах к поступлению в _____

(наименование образовательной организации)

Настоящим заявлением выражаю согласие Министерству
здравоохранения Омской области на обработку содержащихся в нем и других
документах, представленных мной персональных данных, включая сбор,
запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,

изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

К заявлению прилагаются следующие документы (перечислить):

« _____ » _____ Г.
(дата)

(инициалы, фамилия, подпись заявителя)