



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 16.12.2024 № 1-3.13-1034/24

г. Южно-Сахалинск

Об утверждении форм документов, оформляемых при заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена

В соответствии с пунктами 3.11, 3.14, 3.15 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления», приказываю:

1. Утвердить:

- форму заявления о направлении ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

- форму ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

- форму договора о кадровом обеспечении первичного звена согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Сахалинской области:

- от 14.02.2022 № 3.13-4-п «Об утверждении Порядка заключения договора о кадровом обеспечении первичного звена»;

- от 12.12.2023 № 1-3.13-831/23 «О внесении изменений в Порядок заключения договора о кадровом обеспечении первичного звена, 1-3.13-1147/24(п) (4.0)

утвержденный приказом министерства здравоохранения Сахалинской области от 14.02.2022 № 3.13-4-п».

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

4. Опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) и разместить на официальном сайте министерства здравоохранения Сахалинской области.

Министр

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 008CAF8DC5E144E2E87A0F5BE52A572

F6A

Владелец Кузнецов Владимир Вячеславович

Действителен с 06.03.2024 по 30.05.2025

В.В. Кузнецов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1034/24

ФОРМА

(наименование работодателя, должность, ФИО
руководителя)

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя
полностью)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о направлении ходатайства о заключении договора
о кадровом обеспечении первичного звена

Прошу направить в министерство здравоохранения Сахалинской области (далее – Министерство) ходатайство о заключении со мной договора о кадровом обеспечении первичного звена в целях получения единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, предусмотренное пунктом 3.14 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления».

Соответствую условиям для заключения договора о кадровом обеспечении первичного звена¹:

прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 1 января 2014 года

(указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

подтверждаю, что не заключал договор о кадровом обеспечении с Министерством;

подтверждаю, что не заключал договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области;

¹ Нужно отметить любым знаком

подтверждаю, что ранее компенсационных единовременных денежных выплат на обустройство или единовременных денежных выплат для обустройства по любым основаниям за счет средств областного бюджета Сахалинской области не получал(ла);

заключал договор о целевом обучении с Министерством или государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области и трудоустроен после окончания медицинской образовательной организации высшего образования в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в соответствии с договором о целевом обучении или иное государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области по согласованию с Министерством;

впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала после окончания государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж».

ДАЮ СОГЛАСИЕ министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, 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 (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых заключения договора о кадровом обеспечении первичного звена. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

О принятых в отношении меня Министерством решениях о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена прошу уведомлять²:

на адрес электронной почты _____;

почтовым отправлением на адрес _____;

посредством вручения в Министерстве мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

² Нужно отметить любым знаком

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1034/24

ФОРМА

Заполняется на бланке
медицинской организации

«__» _____ 20__ № _____

Министерство здравоохранения
Сахалинской области

ХОДАТАЙСТВО
о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена

_____ (наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области)
(далее – медицинская организация, Учреждение, Учреждение - работодатель),
ходатайствует о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена
с _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника полностью)
работающим(ей) в должности _____

_____,
(наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием структурного подразделения и
населенного пункта согласно трудовому договору)

оказывающим первичную медико-санитарную помощь, осуществляющим
трудовую деятельность в соответствии с квалификацией по основному месту
работы на условиях полного рабочего дня (далее – медицинский работник).

Трудовой договор от _____ № _____,

Сведения об образовании медицинского работника (с указанием
реквизитов подтверждающих документов): _____

Медицинский работник¹:

прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской
Федерации после 1 января 2014 года

_____ (указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

¹ Нужно отметить любым знаком

- не заключал договор о кадровом обеспечении с Министерством;
- не заключал договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области;
- письменно подтвердил, что ранее компенсационных единовременных денежных выплат на обустройство или единовременных денежных выплат для обустройства по любым основаниям за счет средств областного бюджета Сахалинской области не получал(ла);
- заключал договор о целевом обучении с Министерством или государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области и трудоустроен после окончания медицинской образовательной организации высшего образования в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в соответствии с договором о целевом обучении или иное государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области по согласованию с Министерством;
- впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала после окончания государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж»;
- дал согласие на обработку Министерством его персональных данных.

Способ уведомления медицинского работника о принятых в отношении него Министерством решениях о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена согласно Заявлению о направлении ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена²:

- на адрес электронной почты _____;
- почтовым отправлением на адрес _____;
- посредством вручения в Министерстве ему лично.

Характеристика медицинского работника _____

(указывается характеристика медицинского работника с содержанием информации о выполняемом объеме работы, об установленных трудовым договором показателях эффективности деятельности и их выполнении, о соблюдении принципов медицинской этики и деонтологии, отсутствии дисциплинарных взысканий и обоснованных жалоб пациентов)

² Нужно отметить любым знаком

Примечание: Учреждение - работодатель направляет в Министерство с сопроводительным письмом настоящее ходатайство с приложением следующих документов:

- копии паспорта медицинского работника;*
- копии трудового договора по основному месту работы медицинского работника;*
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика (медицинского работника);*
- копии документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (медицинского работника);*
- копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности заявителя, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке.*

В сопроводительном письме указывается перечень прилагаемых документов.

Все копии прилагаемых документов должны быть заверены Учреждением - работодателем.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых медицинской организацией сведений и документов, возлагается на Учреждение - работодателя.

Руководитель Учреждения - работодателя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1034/24

ФОРМА

ДОГОВОР
о кадровом обеспечении первичного звена

г. Южно-Сахалинск

« ___ » _____ 20__ г.

Министерство здравоохранения Сахалинской области, именуемое в
дальнейшем «Министерство», в лице _____
(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Положения о Министерстве, утвержденном
постановлением Правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об
утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской
области», с одной стороны,
и гражданин(ка)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника полностью)

работающим(ей) в _____
(наименование подведомственного Министерству учреждения)

(далее – Учреждение) в должности _____
(наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием

структурного подразделения и населенного пункта согласно трудовому договору)

по трудовому договору от _____ № _____,
оказывающим первичную медико-санитарную помощь, осуществляющим
трудовую деятельность в соответствии с квалификацией по основному месту
работы на условиях полного рабочего дня, именуемый(ая) в дальнейшем
«Медицинский работник», именуемые в дальнейшем «Стороны»,
руководствуясь Положением о дополнительных социальных гарантиях
студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и
порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства
Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о
дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным
категориям медицинских работников и порядке их предоставления» (далее –
Положение № 183), заключили настоящий договор о кадровом обеспечении
первичного звена (далее – Договор) о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Медицинскому работнику, оказывающему первичную медико-санитарную помощь, заключившему трудовой договор с государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы на условиях полного рабочего дня, предоставляется дополнительная социальная гарантия в виде единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство на условиях, предусмотренных Положением № 183.

1.2. Медицинский работник признан соответствующим условиям для заключения настоящего Договора, предусмотренным Положением № 183, на основании протокола рабочей группы по заключению договора о кадровом обеспечении первичного звена.

Медицинский работник:

прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 1 января 2014 года

(указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

путем подписания настоящего договора подтвердил, что не заключал договор о кадровом обеспечении с Министерством;

путем подписания настоящего договора подтвердил, что не заключал договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области;

путем подписания настоящего договора подтвердил, что ранее компенсационных единовременных денежных выплат на обустройство или единовременных денежных выплат для обустройства по любым основаниям за счет средств областного бюджета Сахалинской области не получал(ла);

заключал договор о целевом обучении с Министерством или государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области и трудоустроен после окончания медицинской образовательной организации высшего образования в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в соответствии с договором о целевом обучении или иное государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области по согласованию с Министерством;

впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала после окончания государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж».

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. Осуществлять трудовую в соответствии с квалификацией по основному месту работы в Учреждении на условиях полного рабочего дня не менее 5 (пяти) лет с даты заключения настоящего Договора.

В указанный срок по осуществлению трудовой деятельности не включаются:

- время отсутствия работника на работе без уважительных причин, в том числе вследствие его отстранения от работы в случаях, предусмотренных федеральным законодательством;

- время отпусков по уходу за ребенком до достижения им установленного законом возраста;

- время прохождения военной службы, а также время со дня окончания службы до даты трудоустройства;

- время обучения по программе ординатуры и (или) аспирантуры, а также время со дня окончания указанного обучения до даты трудоустройства;

- время с даты увольнения из одного подведомственного Министерству Учреждения до даты трудоустройства в другое подведомственное Министерству Учреждение (в случае изменения места работы по согласованию с Министерством).

2.1.2. Уведомить в письменной форме Министерство об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии), о прекращении трудового договора по основному месту работы, о переводе на другую должность, не относящуюся к должностям первичного звена, и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений.

2.1.3. Возместить денежные средства, полученные на обустройство, пропорционально количеству неотработанных месяцев по осуществлению трудовой деятельности, в случае неисполнения медицинским работником обязательств, предусмотренных подпунктом 2.1.1 настоящего Договора (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), в течение 10 рабочих дней с даты увольнения из Учреждения, указанного в подпункте 2.1.1 настоящего Договора, по реквизитам, полученным в Министерстве.

2.2. Медицинский работник вправе:

2.2.1. Получать информацию о предоставлении дополнительных социальных гарантиях, предусмотренных настоящим Договором и Положением № 183, порядке их получения.

2.2.2. Обращаться в Министерство с мотивированным ходатайством о возможности внесения по соглашению сторон изменений в настоящий Договор в части места осуществления трудовой деятельности при наличии достаточных оснований.

2.3. Министерство обязуется:

2.3.1. Уведомить Медицинского работника об изменении своего наименования, места нахождения и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений;

2.3.2. Информировать Медицинского работника о реквизитах для возмещения денежных средств, полученные на обустройство, в случае, указанном в пункте 2.1.3 настоящего Договора.

2.4. Министерство вправе:

2.4.1. Направлять в Учреждение по месту работы Медицинского работника запросы на предоставление информации в отношении Медицинского работника, в том числе об исполнении им должностных обязанностей.

2.4.2. Вносить изменения в настоящий Договор по соглашению сторон.

2.4.3. Взыскать невозвращенные средства, указанные в пункте 2.1.3 настоящего Договора, в судебном порядке.

3. Ответственность сторон

3.1. Стороны несут ответственность за неисполнение своих обязательств, указанных в настоящем Договоре, в соответствии с действующим законодательством.

3.2. Стороны освобождаются от исполнения обязательств по настоящему Договору от ответственности за их неисполнение при наличии оснований, установленных законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения

4.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для Министерства и Медицинского работника.

4.2. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств, предусмотренных Договором.

4.3. Любое уведомление, которое одна сторона направляет другой стороне в соответствии с настоящим Договором, направляется в письменной форме по почте или факсимильной связью с последующим представлением оригинала.

4.4. Медицинский работник путем подписания настоящего Договора дает согласие Министерству (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, 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 (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для предоставления дополнительной социальной гарантии в виде

единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство на условиях, предусмотренных Положением № 183. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

4.5. Внесение изменений в настоящий Договор оформляется дополнительными соглашениями к нему.

4.6. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

5. Реквизиты Сторон

5.1. Министерство: 693020, г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24, тел.: (4242) 671-290, 671-334, 671-295, факс: (4242) 438-738, e-mail: zdrav@sakhalin.gov.ru; ОГРН 1026500527316, ИНН 6501024966, КПП 650101001.

5.2. Медицинский работник: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспортные данные: _____
(серия, номер, кем и когда выдан)

адрес _____,
телефон _____, адрес электронной почты: _____.

6. Подписи Сторон:

Медицинский работник:

Министерство:

(наименование должности)

(подпись, Ф.И.О.)

(подпись, Ф.И.О.)
М.П.

ДОГОВОР СОГЛАСОВАН:

Наименование структурного подразделения	Ф.И.О.	Подпись
Отдел кадровой политики и государственной гражданской службы		
Отдел правового обеспечения		
Финансово-экономический департамент		