

# ПРАВИТЕЛЬСТВО ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 12.12.2019 № 863-п

г. Ярославль

Об утверждении Порядка  
предоставления выплат  
ординаторам второго года  
обучения, обучающимся по  
договору о целевом обучении,  
заключенному с департаментом  
здравоохранения и фармации  
Ярославской области

В целях реализации постановления Правительства области от 07.03.2018 № 142-п «Об утверждении областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы»

ПРАВИТЕЛЬСТВО ОБЛАСТИ ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок предоставления выплат ординаторам второго года обучения, обучающимся по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.

2. Контроль за исполнением постановления возложить на заместителя Председателя Правительства области, курирующего вопросы здравоохранения, труда и социальной защиты, семейной и демографической политики.

3. Постановление вступает в силу через 10 дней с момента его официального опубликования, за исключением пункта 4 Порядка, указанного в пункте 1, вступающего в силу с момента подписания.

Исполняющий  
обязанности Председателя  
Правительства области

Р.А. Колесов

УТВЕРЖДЁН  
постановлением  
Правительства области  
от 12.12.2019 № 863-п

**ПОРЯДОК**  
**предоставления выплат ординаторам второго года обучения,**  
**обучающимся по договору о целевом обучении,**  
**заключенному с департаментом здравоохранения**  
**и фармации Ярославской области**

1. Порядок предоставления выплат ординаторам второго года обучения, обучающимся по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – Порядок), разработан в целях реализации мероприятий областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы, утвержденной постановлением Правительства области от 07.03.2018 № 142-п «Об утверждении областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы», и определяет условия и порядок предоставления выплат ординаторам, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – выплаты).

2. Выплаты предоставляются ординаторам второго года обучения, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, заключившим договор о целевом обучении с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – департамент).

Размер выплат устанавливается в соответствии с Перечнем мероприятий областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы, утвержденной постановлением Правительства области от 07.03.2018 № 142-п «Об утверждении областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы», в пределах средств, предусматриваемых на реализацию соответствующего мероприятия.

Выплаты являются мерой поддержки, предусмотренной договором о целевом обучении, заключенным между департаментом и ординатором.

3. Для получения выплат ординаторы второго года обучения не позднее 30 ноября и 01 апреля соответствующего учебного года представляют в департамент следующие документы:

3.1. Заявление о предоставлении выплаты по форме согласно приложению 1 к Порядку.

3.2. Справка образовательной организации, подтверждающая обучение ординатора в образовательной организации, выданная не ранее чем за 10 рабочих дней до дня подачи заявления о предоставлении выплаты.

3.3. Копии всех заполненных страниц паспорта с предъявлением оригинала.

3.4. Согласие на обработку персональных данных по формам согласно приложениям 2 и 3 к Порядку.

3.5. Выписка кредитной организации с указанием реквизитов лицевого счета в кредитной организации.

4. Ординаторы второго года обучения для получения выплаты в 2019 году представляют в департамент документы, указанные в подпунктах 3.1 – 3.5 пункта 3 Порядка, не позднее 16 декабря 2019 года.

5. Заявление о предоставлении выплаты регистрируется в отделе правовой и организационно-кадровой работы департамента в день поступления.

В течение 10 рабочих дней с момента регистрации отдел правовой и организационно-кадровой работы департамента проверяет представленные документы на комплектность, правильность оформления, а также соответствие ординатора требованиям, предусмотренным пунктом 2 Порядка.

Департамент вправе осуществлять проверку достоверности представляемых сведений путем направления соответствующего запроса в образовательную организацию.

6. Решение о предоставлении выплаты или об отказе в предоставлении выплаты оформляется приказом департамента в течение 10 рабочих дней со дня окончания сроков приема документов, установленных пунктом 3 Порядка.

7. В случае принятия решения о предоставлении выплаты департамент производит выплату в течение 20 рабочих дней со дня издания соответствующего приказа путем безналичного перечисления на лицевой счет ординатора, открытый в кредитной организации.

8. В случае принятия решения об отказе в предоставлении выплаты департамент в течение 3 рабочих дней со дня издания соответствующего приказа направляет ординатору письменное уведомление с указанием причины отказа.

9. Основанием для принятия решения об отказе в предоставлении выплаты является несоблюдение требований, предусмотренных пунктами 2 и 3 Порядка, или представление документов, содержащих недостоверные сведения.

10. Ординатор вправе в установленном законодательством порядке обжаловать решение департамента об отказе в предоставлении выплаты.

Приложение 1  
к Порядку

Форма

В департамент  
здравоохранения и фармации  
Ярославской области

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина)  
проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
номер контактного телефона:

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении выплаты ординаторам второго года обучения,  
обучающимся по договору о целевом обучении,  
заключенному с департаментом здравоохранения и фармации  
Ярославской области**

Прошу предоставить мне как ординатору второго года обучения  
кафедры \_\_\_\_\_

(наименование кафедры)

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

обучающемуся по договору о целевом обучении, заключенному  
с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее –  
департамент), от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_, выплату  
ординаторам второго года обучения, обучающимся по договору о целевом  
обучении, заключенному с департаментом, в размере \_\_\_\_\_ рублей  
(с вычетом налога на доход физических лиц).

Указанную выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

получатель \_\_\_\_\_

банк получателя \_\_\_\_\_

счет получателя \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_

к/с \_\_\_\_\_

ИНН гражданина \_\_\_\_\_.

К настоящему заявлению прилагаю следующие документы:

- справка образовательной организации, подтверждающая обучение в образовательной организации, от \_\_\_\_\_;
- копии всех заполненных страниц паспорта;
- согласие на обработку персональных данных департаментом;
- согласие на обработку персональных данных государственным учреждением Ярославской области «Центр бухгалтерского учета»;
- выписка кредитной организации с указанием реквизитов лицевого счета.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку в департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство; номер лицевого счета в кредитной организации; информация о моем обучении в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования.

Я даю согласие на использование моих персональных данных исключительно в целях назначения мне выплаты ординаторам второго года обучения, обучающимся по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области, посредством ручной обработки и занесения данных в электронные информационные системы.

Настоящее согласие предоставляется мной для достижения указанных целей и распространяется на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что департамент здравоохранения и фармации Ярославской области гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом.

Настоящее согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Настоящим согласием я подтверждаю, что действую по собственной воле и в своих интересах.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями части 3 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие государственному учреждению Ярославской области «Центр бухгалтерского учета», расположенному по адресу: ул. Максимова, д. 7, г. Ярославль, 150000, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации (на бумажных носителях) обработку и передачу персональных данных.

Предоставляю государственному учреждению Ярославской области «Центр бухгалтерского учета» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, передачу, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», мне разъяснены мои права и обязанности, связанные с обработкой и передачей персональных данных.

Настоящим согласием я подтверждаю, что действую по собственной воле и в своих интересах.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)