



ЗАРЕГИСТРИРОВАН

27.03.2024

С ПРИСВОЕНИЕМ РЕГИСТРАЦИОННОГО НОМЕРА

19-14745

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 27.03.2024 № 7
г. Ярославль

О внесении изменений в приказ
департамента здравоохранения
и фармации Ярославской
области от 14.05.2020 № 3

В соответствии с постановлением Правительства области от 21.06.2023 № 587-п «Об изменении структуры исполнительных органов Ярославской области»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИКАЗЫВАЕТ:

1. Внести в приказ департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 14.05.2020 № 3 «Об утверждении Порядка направления на целевое обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» следующие изменения:

1.1. В пункте 2 слова «директора департамента» заменить словами «министра здравоохранения Ярославской области».

1.2. В Порядок направления на целевое обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденный приказом, внести изменения согласно приложению.

2. Приказ вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования.

Министр здравоохранения
Ярославской области

С.В. Луганский

Приложение
к приказу министерства
здравоохранения
Ярославской области
от 24.03.2014 № 7

**ИЗМЕНЕНИЯ,
вносимые в Порядок направления на целевое обучение
по образовательным программам высшего
образования – программам ординатуры**

1. В пункте 1 слова «департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – департамент)» заменить словами «министерством здравоохранения Ярославской области (далее – министерство)».

2. В абзацах первом, седьмом пункта 3, абзаце первом пункта 6, пункте 13, абзаце первом пункта 15 слово «департамент» в соответствующих падежах заменить словом «министерство» в соответствующих падежах.

3. В абзаце первом пункта 4 слова «отдел правовой и организационно-кадровой работы департамента» заменить словами «отдел кадровой политики, правового обеспечения, лицензирования и делопроизводства министерства».

4. Форму заявления (приложение 1 к Порядку), форму согласия на обработку персональных данных (приложение 2 к Порядку), форму ходатайства о подготовке специалиста с последующим трудоустройством по полученной специальности (приложение 3 к Порядку) изложить в следующей редакции:

«Приложение 1
к Порядку

Форма

Министру здравоохранения
Ярославской области

_____ ,
(фамилия, имя, отчество)

_____ ,
(фамилия, имя, отчество

_____ ,
(последнее – при наличии) гражданина)

_____ ,
(дата рождения)

паспорт: _____ ,
(серия, номер паспорта,

_____ ,
кем и когда выдан)

зарегистрированного(ой) по адресу:

_____ ,
номер контактного телефона:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня на целевое обучение по программе ординатуры

в _____

_____ ,
(наименование образовательной организации)

по специальности _____

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать не менее 3 лет

в _____

_____ ,
(наименование медицинской или фармацевтической организации)

Приложения:

- копия документа, подтверждающего право уполномоченного представителя претендента представлять интересы претендента, копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность уполномоченного представителя претендента, – в случае обращения претендента через уполномоченного представителя;
- согласие на обработку персональных данных;
- документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета;
- копии диплома о высшем медицинском и (или) высшем фармацевтическом образовании по программам специалитета и приложений к нему;
- ходатайство о подготовке специалиста с последующим трудоустройством по полученной специальности;
- письмо медицинской/фармацевтической организации о согласии на направление на целевое обучение с дальнейшим трудоустройством в другую медицинскую или фармацевтическую организацию.

 (дата)

 (подпись)

Приложение 2
к Порядку

Форма

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

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

 (адрес места регистрации)

 (адрес места жительства (если не совпадает с адресом места регистрации))

паспорт: серия _____ № _____, выдан «_____» _____ 20__ г.

 (наименование организации, выдавшей документ)

в лице представителя (если гражданин действует через представителя)

 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) представителя полностью)

 (адрес места регистрации)

паспорт: серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ 20 ____ г.

(наименование организации, выдавшей документ)

Доверенность _____

(реквизиты доверенности или иного документа,

подтверждающего полномочия представителя)

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» предоставляю согласие на обработку моих персональных данных, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию моих персональных данных, необходимых для внесения в информационные системы министерства здравоохранения Ярославской области, передаче образовательной организации, другим органам и организациям в целях осуществления контроля за прохождением мною целевого обучения.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, сведения о документе, удостоверяющем личность, семейное положение, адрес места жительства (пребывания), номер телефона, сведения об образовании, о дополнительной подготовке, об итогах промежуточной аттестации, о договоре о целевом обучении, о расчетном счете, открытом в российской кредитной организации, необходимые для осуществления социальной выплаты.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения мною обязательств, предусмотренных договором о целевом обучении.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение 3
к Порядку

Форма

Угловой штамп медицинской или
фармацевтической организации

Министру здравоохранения
Ярославской области

(фамилия, имя, отчество)

ХОДАТАЙСТВО
о подготовке специалиста с последующим трудоустройством
по полученной специальности

Прошу направить _____
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

гражданина, курс, факультет, наличие ранее выданного целевого направления

на обучение по программе специалитета)

в 20 ____ г. в ординатуру по специальности _____
(наименование специальности)

Трудоустройство данного специалиста по окончании обучения
по специальности гарантирую.

Руководитель

(подпись)

(расшифровка)

М.П.».