|  |
| --- |
| Министру здравоохранения Забайкальского края  О.В. Немакиной  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, медицинская организация)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату, предусмотренную Порядком предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, утвержденным постановлением Правительства Забайкальского края от 27 февраля 2018 года № 79 (с изменениями, внесенными постановлениями Правительства Забайкальского края от 15 апреля 2019 года № 138, от 27 декабря 2019 года № 516, от 24 марта 2020 года № 65, от 30 декабря 2020 года № 641, от 20 мая 2021 года № 181).

Обязуюсь отработать на данной должности не менее 5 лет, согласно условиям заключаемого договора.

К заявлению прилагаю:

1) копию паспорта;

2) копию диплома о высшем (среднем) профессиональном образовании;

3) копию удостоверения (диплома) об окончании интернатуры (ординатуры) или копию свидетельства об аккредитации;

4) копию диплома о профессиональной переподготовке (при наличии);

5) копию сертификата специалиста;

6) копию трудовой книжки;

7) копию трудового договора с медицинской организацией, подведомственной Министерству;

8) справку (иной документ) из кредитной организации с полными реквизитами счета, открытого на имя медицинского работника.

Выплату прошу перечислить в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

на лицевой счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_