



РЕСПУБЛИКА КРЫМ
СОВЕТ МИНИСТРОВ
РАДА МІНІСТРІВ
ВЕЗИРЛЕР ШУРАСЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИКАЗ

От 25.05.2015 г. № 509-л
г. Симферополь

*О реализации в 2015 году
Постановления Правительства
Российской Федерации
от 27 ноября 2013 года № 1076
«О порядке заключения и расторжения
договора о целевом приеме и договора
о целевом обучении»*

В соответствии со ст. 56 Федерального закона РФ от 29 декабря 2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», ст. 36 Конституции Республики Крым от 11.04.2014г., руководствуясь постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013г. № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении», а также с целью укомплектования учреждений здравоохранения Республики Крым квалифицированными медицинскими кадрами

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. форму заявлений о заключении договора о целевом обучении и о выдаче направления для участия в конкурсе на целевой прием (приложение № 1);

1.2. форму направления для участия в конкурсе на целевые места в Медицинскую академию имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» (приложение № 2).

2. Управлению кадровой политики, государственной гражданской службы и организационной работы Министерства здравоохранения Республики Крым:

2.1. обеспечить организацию работы по подготовке и заключению договоров о целевом обучении с абитуриентами;

2.2. проводить выдачу договоров о целевом обучении в соответствии с распределением контрольных цифр приема по специальностям размещенных на официальном сайте Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» (<http://www.csmu.edu.ua>);

2.3. прием документов для получения договора о целевом обучении производить в период с **02.06.2015г.** по **31.07.2015г.** **вторник, четверг с 11:00 до 13:00** по адресу: г. Симферополь, ул. Пушкина, 3, с предоставлением полного пакета документов, в составе копии аттестата об основном общем образовании (с приложением), копии паспорта абитуриента.

3. Руководителям медицинских организаций подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым организовать работу по подготовке договоров о целевом обучении с гражданами, получившими среднее (полное) общее образование и проживающими постоянно на территории Республики Крым, в соответствии с типовой формой договора о целевом обучении, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

А. МОГИЛЕВСКИЙ

Приложение 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
От 25.05.2015 г. № 509-л

Министру здравоохранения Республики Крым

Могилевскому А.А.

От кого: _____

(фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя

несовершеннолетнего гражданина)

Дата рождения _____

Паспорт (серия, №, когда, кем выдан) _____

Проживающего (ей) по адресу: _____

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу выдать мне (моему сыну, моей дочери) договор о целевом обучении и направление для участия в конкурсе на целевой прием в Медицинскую академию имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» на обучение по программе специалитета по специальности _____

(лечебное дело, педиатрия, стоматология, фармация)

Сведения о гражданине (выпускнике) _____

(фамилия, имя, отчество)

(наименование учебного заведения, год окончания)

Сведения о законном представителе несовершеннолетнего гражданина:

(фамилия, имя, отчество)

(место работы, должность, контактные телефоны)

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Министерству здравоохранения Республики Крым на обработку моих персональных данных для участия в конкурсе на целевой прием в медицинский вуз, учебы и дальнейшего трудоустройства, без ограничения срока. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления в Министерство здравоохранения Республики Крым соответствующего письменного уведомления.

Дата: _____

Подпись: _____

Приложение 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
От 25.05.2015 г. № 509-л

НАПРАВЛЕНИЕ

для участия в конкурсе на целевые места

в Медицинскую академию имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

(в рамках договора от _____ № _____ о целевом приеме в

Медицинскую академию имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»)

« ____ » _____ 2015 г.

Гражданин _____

фамилия, имя, отчество абитуриента полностью, серия, номер паспорта, кем и когда выдан, место жительства

направляется Министерством здравоохранения Республики Крым для участия в конкурсе на целевые места в Медицинскую академию имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»: форма обучения очная

_____ (наименование факультета)

_____ шифр и наименование направления подготовки (специальности))

Министр здравоохранения
Республики Крым

_____ подпись

А. Могилевский

М.П.

О своей обязанности предоставить в приемную комиссию Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского» копию договора о целевом обучении и оригинал документа государственного образца об образовании проинформирован, с правилами целевого приема в Медицинскую академию имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского» ознакомлен:

_____ Подпись поступающего

_____ Ф.И.О.

_____ Дата

ДОГОВОР о целевом обучении

г. Симферополь

« ____ » _____ 2015 г.

Министерство здравоохранения Республики Крым именуемое в дальнейшем «Орган», в лице Министра Могилевского Александра Алексеевича, действующего на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденного Постановлением Совета Министров Республики Крым от 27.06.02014г. № 149 с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество абитуриента)

в лице _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя несовершеннолетнего (заполняется в случае, если «Гражданин» является несовершеннолетним))

именуем __ в дальнейшем «Гражданин», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

I. Предмет договора

1. В соответствии с настоящим договором Гражданин обязуется освоить образовательную программу специалитета по специальности

«Лечебное дело» (код 31.05.01),

«Педиатрия» (код 31.05.02),

«Стоматология» (код 31.05.03),

«Фармация» (код 33.05.01) *(нужное подчеркнуть)*,

реализуемую в Медицинской академии им. С.И. Георгиевского (структурное подразделение) федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский Федеральный университет имени В.И. Вернадского», успешно пройти государственную итоговую аттестацию по указанной образовательной программе и заключить трудовой договор с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Крым, а Орган обязуется трудоустроить Гражданина.

II. Права и обязанности сторон

2. Орган вправе:

а) запрашивать у гражданина информацию о результатах прохождения им промежуточных аттестаций в соответствии с учебным планом и выполнении обязанностей, предусмотренных уставом и правилами внутреннего распорядка обучающихся;

б) по окончании Гражданином образовательной программы специалитета, контролировать отработку в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым в течение 3 (трех) лет.

3. Орган обязан:

а) организовать прохождение Гражданином практики в соответствии с учебным планом;

б) обеспечить в соответствии с полученной квалификацией трудоустройство Гражданина в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым в соответствии с заявленной потребностью учреждения на момент трудоустройства Гражданина;

г) уведомить Гражданина об изменении местонахождения, банковских реквизитов (при их наличии) или иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего договора, в течение 10 (десяти) календарных дней со дня возникновения указанных изменений в случаях предусмотренных действующим законодательством.

4. Гражданин вправе:

а) в случае необходимости получать информацию о деятельности организации, в которой организовано прохождение практики в соответствии с учебным планом;

б) _____.

(иные права Гражданина)

5. Гражданин обязан:

а) осваивать образовательную программу по специальности **«Лечебное дело» (код 31.05.01)**, **«Педиатрия» (код 31.05.02)**, **«Стоматология» (код 31.05.03)**, **«Фармация» (код 33.05.01)** (нужное подчеркнуть);

б) представлять по требованию Органа информацию о результатах прохождения промежуточных аттестаций в соответствии с учебным планом и выполнении обязанностей, предусмотренных уставом и правилами внутреннего распорядка обучающихся;

в) соблюдать нормативные акты организации, в которой организовано прохождение практики в соответствии с учебным планом;

г) проходить практику в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым в соответствии с учебным планом;

д) заключить с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Крым трудовой договор (контракт) не позднее чем через 1 месяц со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации;

е) уведомить Орган об изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных, банковских реквизитов (при их наличии) и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего договора, в течение 10 (десяти) календарных дней со дня возникновения указанных изменений;

ё) отработать в течение 3 (трех) лет в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым в соответствии с заявленной потребностью на момент трудоустройства гражданина.

III. Ответственность сторон

6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Основаниями для освобождения гражданина от исполнения обязательств по трудоустройству являются:

а) наличие заболеваний, препятствующих трудоустройству в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым и подтвержденных заключениями уполномоченных органов;

б) признание в установленном порядке одного из родителей, супруга (супруги) инвалидом I или II группы, установление ребенку гражданина категории "ребенок-инвалид";

в) признание гражданина в установленном порядке инвалидом I или II группы;

г) гражданин является супругом (супругой) военнослужащего, за исключением лиц, проходящих военную службу по призыву, если работа по трудовому договору (контракту) предоставляется не по месту службы супруга (супруги).

IV. Срок действия договора, основания его досрочного прекращения

8. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до заключения трудового договора.

9. Основаниями для досрочного прекращения настоящего договора являются:

а) отчисление гражданина из организации, осуществляющей образовательную деятельность, до окончания срока освоения образовательной программы;

б) отказ организации, осуществляющей образовательную деятельность, в приеме гражданина на целевое место, в том числе в случае, если гражданин не прошел по конкурсу, проводимому в рамках квоты целевого приема организацией, осуществляющей образовательную деятельность;

в) наступление и (или) обнаружение обстоятельств (медицинские или иные показания), препятствующих трудоустройству гражданина в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым;

г) по соглашению Сторон настоящего договора.

V. Заключительные положения

10. Изменения, вносимые в настоящий договор, оформляются дополнительными соглашениями к нему.

11. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

12. _____.

(иные условия)

VI. Адреса и платежные реквизиты сторон

Орган:

Министерство
здравоохранения Республики Крым в лице
Министра
Могилевского Александра Алексеевича
Адрес: 295005 г. Симферополь,
пр. Кирова, 13

ОГРН: 0011491020018504
ИНН: 9102012869
КПП: 910201001

Подпись _____ А. Могилевский

М.П.

« ____ » _____ 20 __ г.

Гражданин:

(фамилия, имя, отчество)

год рождения _____, зарегистрирован(а)
по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____
дата и кем выдан _____

Подпись _____

« ____ » _____ 20 __ г.

Представитель:

(фамилия, имя, отчество)

год рождения _____, зарегистрирован(а)
по адресу: _____

вид представителя _____
паспорт серия _____ № _____
дата и кем выдан _____

Подпись _____

« ____ » _____ 20 __ г.