



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от 24.04.2014

№ 300-рс

г. Симферополь

О заключении в 2017 году договоров о целевом приёме и целевом обучении.

В соответствии с федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 27.11.2013 № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приёме и договора о целевом обучении», руководствуясь Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утверждённым постановлением Совета министров Республики Крым от 27.06.2014 № 149, с целью укомплектования учреждений здравоохранения Республики Крым специалистами с высшим медицинским и фармацевтическим образованием,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

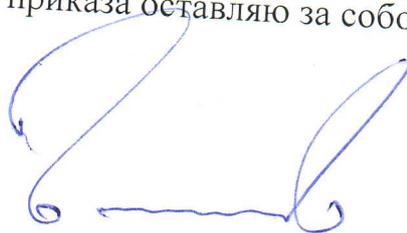
- 1.1. Форму заявления о направлении на целевой приём по программе специалитета и заключении договора о целевом обучении по программе специалитета (приложение № 1 к настоящему приказу);
- 1.2. Форму направления на целевой приём по программе специалитета (приложение № 2 к настоящему приказу);
- 1.3. Форму заявления о направлении на целевое обучение по программе ординатуры и заключении договора о целевом обучении по программе ординатуры (приложение № 3 к настоящему приказу).

2. Управлению кадровой политики, государственной гражданской службы и противодействия коррупции:

- 2.1. Организовать работу по приёму документов у граждан на целевые места в рамках квоты целевого приёма.

- 2.2. Осуществить подготовку к заключению договоров о целевом обучении в соответствии с распределением контрольных цифр приёма по специальностям.
3. Приём заявлений о направлении на целевой приём и целевое обучение, выдачу направлений на целевой приём и заключение договоров о целевом обучении осуществлять в период с 24.04.2017 по 29.05.2017 по понедельникам и средам с 15:00 до 17:00, а также по вторникам, четвергам и пятницам с 10:00 до 12:00, в ГБУЗ РК «Центр медицинской профилактики», по адресу: г. Симферополь, ул. Пушкина, 3.
4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



А. ГОЛЕНКО

Министру здравоохранения Республики Крым
Голенко А.И.

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения _____
гражданина)

Паспорт _____
(серия, номер,

Адрес: _____
когда и кем выдан)

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу выдать мне направление на целевое обучение в ординатуре и заключить договор о целевом обучении в ординатуре

_____ (наименование)

_____ организации, осуществляющей образовательную деятельность

_____ в сфере высшего образования)

по специальности: _____
(указать направление подготовки в ординатуре)

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Министерству здравоохранения Республики Крым на обработку моих персональных данных для целевого обучения и дальнейшего трудоустройства, без ограничения срока.

Настоящее согласие может быть отозвано путем направления в Министерство здравоохранения Республики Крым соответствующего письменного уведомления.

Дата: _____

Подпись: _____

НАПРАВЛЕНИЕ
на целевой приём по программе специалитета

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

г. Симферополь

«__» _____ 2017 г.

Гражданин _____

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

серия и номер паспорта (при наличии), когда и кем выдан,

адрес места жительства)

направляется Министерством здравоохранения Республики Крым для участия в целевом
приёме в _____

(наименование

организации, осуществляющей образовательную деятельность

в сфере высшего образования)

форма обучения очная _____

(наименование факультета)

(наименование направления подготовки (специальности))

Министр здравоохранения
Республики Крым

_____ (подпись)

А. ГОЛЕНКО

М.П.

Об обязанности предоставить в приёмную комиссию Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного
учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского» копии Договора о целевом обучении и оригинала документа
государственного образца об образовании проинформирован, с правилами целевого
приёма в Медицинскую академию им. С.И. Георгиевского Федерального государственного
автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский
федеральный университет им. В.И. Вернадского» ознакомлен:

_____ (подпись абитуриента)

_____ (расшифровка)

«__» _____ 2017 г.

Приложение № 1
к приказу МЗ РК № _____
от « ____ » _____ 2017 г.

Министру здравоохранения Республики Крым
Голенко А.И.

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) выпускника или

его представителя (для несовершеннолетнего))

Дата рождения _____

Паспорт _____
(серия, номер,

Адрес: _____
когда и кем выдан)

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу выдать мне направление на целевой приём по программе специалитета и заключить договор о целевом обучении по программе специалитета в _____
(наименование

организации, осуществляющей образовательную деятельность

по специальности: _____
(в сфере высшего образования)

(лечебное дело, педиатрия, стоматология, фармация)

Сведения о выпускнике _____
(заполняется, если заявление подаёт представитель несовершеннолетнего –

фамилия, имя, отчество (при наличии),

адрес места жительства, контактный телефон)

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Министерству здравоохранения Республики Крым на обработку персональных данных (моих/лица, которое я представляю) для целевого приёма, (нужное подчеркнуть) целевого обучения и дальнейшего трудоустройства, без ограничения срока.

Настоящее согласие может быть отозвано путём направления в Министерство здравоохранения Республики Крым соответствующего письменного уведомления.

Дата: _____

Подпись: _____