|  |  |
| --- | --- |
|  | В ГКУЗ «Медицинский информационно - аналитический центр Калининградской области»  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование медицинской организации, должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить меру социальной поддержки в виде выплаты при первом трудоустройстве, в размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

(сумма прописью)

**Выплату прошу производить по следующим реквизитам:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование получателя (Ф.И.О) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Счёт получателя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Банк получателя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИНН Банка получателя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| БИК Банка получателя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Корреспондентский счёт |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Приложение:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п.п. | Наименование документов | Отметка о предоставлении («+», «-») |
| 1 | согласие на обработку персональных данных, оформленное в соответствии с требованиями Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=3889044EA4939BB8266A3A6F7AC5F6C0408588B86E17F06FE636FB3538B63CA5FA0489543D927BF9DB2FD72039a7S5K) от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» |  |
| 2 | копия документа, удостоверяющего личность\* |  |
| 3 | копия документа, подтверждающего изменение (в случае изменения) фамилии, имени, отчества |  |
| 4 | справка (реквизиты) кредитной организации об открытии (наличии) банковского счета с указанием номера счета и реквизитов кредитной организации |  |
| 5 | копия трудовой книжки |  |
| 6 | копия трудового договора с медицинской организацией, дополнительного соглашения (при наличии кадрового перевода) |  |
| 7 | копия приказа о приеме на работу, о переводе (при наличии кадрового перевода) |  |
| 8 | копия диплома об образовании, интернатуры и/или ординатуры, профессиональной переподготовки, свидетельства об аккредитации, документа о повышении квалификации, документов, дающих право осуществления медицинской деятельности на территории РФ (при наличии иностранных документов об образовании), сертификата специалиста |  |

\* Отчество указывается при его наличии

\* для иностранных граждан дополнительно представить документы, разрешающие пребывание и осуществление трудовой деятельности на территории РФ (копии нотариально заверенных документов.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)