**СПРАВКА**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

(далее – медицинская организация) в соответствии с порядком и условиями предоставления дополнительной разовой меры социальной поддержки в 2025 – 2027 годах в виде денежной выплаты отдельным категориям медицинских работников государственных медицинских организаций Калининградской области, способствующих привлечению специалистов из других субъектов Российской Федерации в целях трудоустройства в государственные медицинские организации Калининградской области, утвержденными постановлением Правительства Калининградской области от 08 июля 2025 года № 260-п, подтверждает, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ способствовал привлечению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО медицинского работника)

(ФИО специалиста)

на работу в медицинскую организацию на должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование должности)

по предварительной договоренности с медицинской организацией (заверенная копия письма о приглашении от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_ прилагается).

Специалист осуществляет трудовую деятельность в учреждении с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2025 года по настоящее время по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени в соответствии с ТК РФ (не менее 6 месяцев на дату выдачи справки).

До трудоустройства в медицинскую организацию специалист осуществлял трудовую деятельность (*и/или (выбрать нужное*) завершил обучение по программам высшего или среднего профессионального образования *(выбрать нужное образование*) в субъекте РФ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_уведомлен о том, что в соответствии с п. 13 порядка,

(ФИО медицинского работника)

в случае обнаружения в ходе проверки фактов обнаружения документов с недостоверными или неполными сведениями либо сокрытия данных, которые повлияли на право предоставления или исчисления размера денежной выплаты, излишне выплаченные суммы денежной выплаты возмещаются медицинским работником, а в случае возникновения спора – взыскиваются ГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области» в судебном порядке.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО медицинского работника)

(дата, подпись)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю факт привлечения меня на работу в медицинскую

(ФИО специалиста)

организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ФИО медицинского работника в творительном падеже)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО специалиста)

(дата, подпись)