|  |  |
| --- | --- |
|  | В ГКУЗ «Медицинский информационно - аналитический центр Калининградской области»от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить меру социальной поддержки 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 учреждения, в соответствии с постановлением правительства Калининградской области от 08.07.2025 № 260-п «О дополнительных разовых мерах социальной поддержки
в 2025 – 2027 годах отдельных категорий медицинских работников государственных медицинских организаций Калининградской области», **в размере 50 000 (пятьдесят тысяч) рублей**:

**Приложение:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование документов | Отметка о предоставлении(«+», «-») |
| 1 | согласие заявителя и привлеченного специалиста на обработку персональных данных, оформленное в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» |  |
| 2 | документ, удостоверяющий личность заявителя |  |
| 3 | документы, подтверждающие изменение (в случае изменения) фамилии, имени, отчества заявителя |  |
| 4 | реквизиты счета, открытого в кредитной организации Российской Федерации  |  |
| 5 | заверенная учреждением-работодателем копия трудовой книжки заявителя (или основная информация о трудовой деятельности и трудовом стаже, формируемая работодателем в соответствии со статьей 66.1 Трудового кодекса Российской Федерации) |  |
| 6 | справка, выданная заявителю учреждением, подтверждающая, что заявитель способствовал привлечению медицинского специалиста с приложением заверенной копии документа от учреждения, подтверждающего приглашение на работу медицинского специалиста |  |

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

 (подпись) (расшифровка)

№\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.