ОБЪЯВЛЕНИЕ

ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница» во исполнение приказа МЗ СК от 31.05.2019г. № 01-05/409 «О некоторых мерах по организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования и высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края", в целях удовлетворения перспективной потребности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Ессентуки в специалистах со средним медицинским и высшим медицинским образованием:

уведомляет об организации целевого обучения по образовательным программам ординатуры для отрасли здравоохранения Ставропольского края (далее – целевое обучение).

Претендентами на заключение договора о целевом обучении по образовательным программам ординатуры являются лица, получившие высшее медицинское образование, не имеющие неисполненных обязательств по договору о целевом обучении и претендующие на получение бесплатного высшего образования данного уровня впервые.

Отсутствие регистрации по месту жительства (по месту пребывания) на территории Ставропольского края у гражданина не может служить основанием для ограничения в заключении договора о целевом обучении.

Прием документов граждан, изъявивших желание участвовать в целевом приеме по образовательным программам ординатуры в 2020 году (далее – гражданин), осуществляется министерством до начала целевого приема в соответствии с правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам ординатуры. **Даты приема** документов на целевое обучение **будут опубликованы дополнительно**.

Документы граждан принимаются в указанный период в рабочие дни по адресу: 357600, г. Ессентуки, ул. Октябрьская, д.464, 2 этаж, отдел кадров.

В целях заключения договора о целевом обучении гражданин лично представляет в министерство следующие документы:

ходатайство медицинской организации по форме, которая является приложением 1 к Положению;

заявление на целевое обучение по форме, которая является приложением 2 к Положению;

согласие на обработку персональных данных по форме, которая является приложением 3 к Положению;

копию паспорта гражданина;

копию документа государственного образца о высшем образовании с приложением (при наличии);

справку об обучении в образовательной организации (при отсутствии документа государственного образца высшем образовании);

реквизиты лицевого счета гражданина, открытого в российской кредитной организации;

копию договора о целевом обучении (при наличии);

(далее – документы).

При представлении копий документов предъявляются оригиналы документов.

Документы, представленные в копиях, должны быть заверены в установленном порядке.

Формы документов для заполнения размещены на официальном сайте министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в разделе «Целевой набор и обучение» по адресу http://mz26.ru/about/podgkadr/.

Приложение 1

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

Руководителю _____
(наименование медицинской

_____
организации государственной системы

_____
здравоохранения Ставропольского края)

_____
(фамилия, инициалы руководителя)

_____
(полностью фамилия, имя, отчество

_____
(при наличии) гражданина,

_____
дата рождения,

_____
адрес проживания,

_____
контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение по образовательной программе высшего образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования по специальности

_____
(код, наименование специальности)

в _____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность

_____
по образовательным программам высшего образования)

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в _____
(наименование медицинской организации государственной

_____
системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность _____.
(наименование должности)

Законный представитель гражданина _____
(полностью фамилия, имя,

_____
отчество (при наличии) законного представителя)

дата рождения _____,

проживающий по адресу _____

_____

паспорт _____, выдан _____
(серия, номер) (дата выдачи, наименование

_____.*
органа, выдавшего документ, код подразделения)

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

1. _____ на ____ л. в 1 экз.;
2. _____ на ____ л. в 1 экз.;
3. _____ на ____ л. в 1 экз.;
4. _____ на ____ л. в 1 экз.;
5. _____ на ____ л. в 1 экз.;
6. _____ на ____ л. в 1 экз.;
7. _____ на ____ л. в 1 экз.;
8. _____ на ____ л. в 1 экз.;
9. _____ на ____ л. в 1 экз.;
10. _____ на ____ л. в 1 экз.;
11. _____ на ____ л. в 1 экз.;
12. _____ на ____ л. в 1 экз.;
13. _____ на ____ л. в 1 экз.;
14. _____ на ____ л. в 1 экз.;
15. _____ на ____ л. в 1 экз.

_____ _____ _____
(подпись гражданина) (фамилия, инициалы) (дата)

Законный представитель гражданина*:

_____ _____ _____
(подпись) (фамилия, инициалы) (дата)

* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 2

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (законного представителя*))
регистрация по месту жительства по адресу: _____
_____
_____
регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____
_____
_____
документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,
_____
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)
даю свое согласие _____
(наименование медицинской организации государственной
_____,
системы здравоохранения Ставропольского края)
расположенной по адресу: _____
_____,
_____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по
_____,
образовательным программам высшего образования)
расположенной по адресу: _____
_____,
на обработку моих персональных данных _____
(полностью фамилия, имя, отчество
_____
(при наличии) гражданина или законного представителя*)
персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка* _____
_____
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования.

Предоставляю_____

(наименование медицинской организации государственной системы

_____

здравоохранения Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную

_____

деятельность по образовательным программам высшего образования)

право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

_____

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения

_____

Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным

_____

программам высшего образования)

вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

_____	_____	_____
(подпись гражданина)	(фамилия, инициалы)	(дата)

Законный представитель*:

_____	_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)	(дата)

* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 5

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя*))
регистрация по месту жительства по адресу: _____
_____
_____
регистрация по месту пребывания по адресу *(при наличии)*: _____
_____
_____
документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,
_____
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)
_____
даю свое согласие министерству здравоохранения Ставропольского края, расположенному по адресу: Российская Федерация, Ставропольский край, город Ставрополь, улица Маршала Жукова, дом 42/311 (далее – министерство),
_____
(наименование медицинской
_____,
организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края)
расположенной по адресу: _____
(адрес расположения медицинской организации)
_____ (далее – медицинская организация) на обработку моих персональных данных
_____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя*)
персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка*
_____
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования.

Предоставляю министерству здравоохранения Ставропольского края, медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Министерство здравоохранения Ставропольского края, медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

_____	_____	_____
(подпись гражданина)	(фамилия, инициалы)	(дата)

Законный представитель*:

_____	_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)	(дата)

* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 6

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

СОГЛАСИЕ

законного представителя гражданина, изъявившего желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, – родителя, усыновителя или попечителя на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования*

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя гражданина)
регистрация по месту жительства по адресу: _____
_____
_____
регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____
_____
_____
документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,
_____
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)
даю свое согласие моему несовершеннолетнему ребенку _____
_____
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего гражданина)
на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования по специальности _____
_____
(код, наименование специальности)
с _____
(наименование медицинской организации государственной
_____,
системы здравоохранения Ставропольского края)
расположенной по адресу: _____
_____,
_____**,
(министерством здравоохранения Ставропольского края**)
расположенным по адресу: _____
_____**
(Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, д. 42/311)
и _____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по
_____,
образовательным программам высшего образования)
расположенной по адресу: _____

_____,

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в _____
(наименование медицинской организации государственной

_____
системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность _____.
(наименование должности)

_____

* Настоящее согласие является неотъемлемой частью договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования несовершеннолетнего гражданина и медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края, указанными в настоящем согласии.

** Заполняется в случае заключения договора о целевом обучении по программам высшего образования по специальности «стоматология».

Приложение 1

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

Руководителю _____
(наименование медицинской
_____
организации государственной системы
_____
здравоохранения Ставропольского края)
_____
(фамилия, инициалы руководителя)
_____
(полностью фамилия, имя, отчество
_____
(при наличии) гражданина,
_____
дата рождения,
_____
адрес проживания,
_____
контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение по образовательной программе среднего профессионального образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности _____
(код, наименование специальности)
в _____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность
_____
по образовательным программам среднего профессионального образования)
для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в _____
(наименование медицинской организации государственной
_____
системы здравоохранения Ставропольского края)
на должность _____.
(наименование должности)
Законный представитель гражданина _____
(полностью фамилия, имя,

_____
отчество (при наличии) законного представителя гражданина)

дата рождения _____,

проживающий по адресу _____

_____

паспорт _____, выдан _____

(серия, номер) (дата выдачи, наименование

_____.*

органа, выдавшего документ, код подразделения)

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

1. _____ на ____ л. в 1 экз.;
2. _____ на ____ л. в 1 экз.;
3. _____ на ____ л. в 1 экз.;
4. _____ на ____ л. в 1 экз.;
5. _____ на ____ л. в 1 экз.;
6. _____ на ____ л. в 1 экз.;
7. _____ на ____ л. в 1 экз.;
8. _____ на ____ л. в 1 экз.;
9. _____ на ____ л. в 1 экз.;
10. _____ на ____ л. в 1 экз.;
11. _____ на ____ л. в 1 экз.;
12. _____ на ____ л. в 1 экз.;
13. _____ на ____ л. в 1 экз.;
14. _____ на ____ л. в 1 экз.;
15. _____ на ____ л. в 1 экз.

_____ _____ _____

(подпись гражданина) (фамилия, инициалы) (дата)

Законный представитель гражданина*:

_____ _____ _____

(подпись) (фамилия, инициалы) (дата)

_____

* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 2

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя гражданина*))
регистрация по месту жительства по адресу: _____
_____
_____
регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____
_____
_____
документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,
_____
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)
даю свое согласие _____
(наименование медицинской организации государственной
_____,
системы здравоохранения Ставропольского края)
расположенной по адресу:
_____
_____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по
_____,
образовательным программам среднего профессионального образования)
расположенной по адресу: _____
_____,
на обработку моих персональных данных _____
(полностью фамилия, имя, отчество
_____,
(при наличии) гражданина (законного представителя*)
персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка* _____
_____
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования.

Предоставляю _____
(наименование медицинской организации государственной системы
_____
здравоохранения Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную
_____
деятельность по образовательным программам среднего профессионального образования)
право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

_____
(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения
_____
Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным
_____
программам среднего профессионального образования)
вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

_____	_____	_____
(подпись гражданина)	(фамилия, инициалы)	(дата)

Законный представитель*:

_____	_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)	(дата)

* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 3

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

СОГЛАСИЕ

законного представителя гражданина, изъявившего желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования, – родителя, усыновителя или попечителя на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования*

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя гражданина*)
регистрация по месту жительства по адресу: _____
_____
_____
регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____
_____
_____
документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,
_____
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)
даю свое согласие моему несовершеннолетнему ребенку _____
_____
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего гражданина)
на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности
_____
(код, наименование специальности)
с _____
(наименование медицинской организации государственной
_____,
системы здравоохранения Ставропольского края)
расположенной по адресу: _____
_____,
и _____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по
_____,
образовательным программам среднего профессионального образования)
расположенной по адресу: _____

_____,

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в _____
(наименование медицинской организации государственной

_____
системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность _____.
(наименование должности)

Законный представитель*:

_____	_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)	(дата)

_____

* Настоящее согласие является неотъемлемой частью договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования несовершеннолетнего гражданина и медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края.