



АДМИНИСТРАЦИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
Комитет здравоохранения Курской области

П Р И К А З

15.04.2019г.

г. Курск

№ 230

**Об утверждении формы заявления о предоставлении единовременной
компенсационной выплаты**

В соответствии с Порядком предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Курской области, утвержденным Постановлением Администрации Курской области от 31.01.2018г. № 61-па, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

2. Признать утратившим силу приказ комитета здравоохранения Курской области от 20.02.2018 № 83 «Об утверждении форм заявления и договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты».

Председатель комитета

В.Н. Анцупов

Форма

утверждена приказом комитета
здравоохранения Курской области
от «15» 04 2019 г № 230

В комитет здравоохранения Курской области

ФИО _____

Дата рождения _____

Паспорт _____

(номер, серия)

выдан _____

(наименование подразделения, выдавшего паспорт)

дата выдачи паспорта _____

проживающего(ей) по адресу: _____

зарегистрированного (ой) по адресу: _____

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Порядком предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Курской области, утвержденным Постановлением Администрации Курской области от 31.01.2018г. № 61-па, прошу осуществить мне единовременную компенсационную выплату, как медицинскому работнику, прибывшему (переехавшему) на работу в _____,

(наименование структурного подразделения медицинской организации, наименование медицинской организации)

в должности _____,

в размере, установленном действующим законодательством РФ.

Подтверждаю, что

единовременную компенсационную выплату, предусмотренную ст. 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» или постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» ранее получал(а) / не получал(а) _____;

нужное подчеркнуть

подпись

расшифровка подписи

« » _____ 20 ____ г.

_____ / _____
подпись расшифровка подписи