

Руководителям медицинских  
организаций государственной  
системы здравоохранения  
Ставропольского края

Уважаемые руководители!

Министерство здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство) в соответствии с приказом министерства от 23.06.2014 г. № 01-05/386 «О некоторых мерах по организации целевого обучения в Ставропольском крае» проводит в 2015 году прием документов с целью отбора граждан на заключение договора о целевом обучении с гражданами, изъявившими желание обучаться в рамках целевой подготовки в ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Ставропольского края.

Для отбора претендентов в медицинской организации должна быть сформирована комиссия, выписка, из решения которой прилагается к ходатайству. При отборе граждан необходимо руководствоваться Разрядкой распределения целевых мест.

Отбор претендентов в медицинской организации должен быть осуществлен до 01 июня 2015 года.

Не позднее 01 июня список граждан, прошедших отбор в медицинской организации, направляется в министерство.

Список граждан должен быть подписан руководителем организации, заверен печатью, отсканирован (а также в формате Word) и направлен по электронной почте [gav@mz26.ru](mailto:gav@mz26.ru).

Документы претендентов представляются в министерство руководителем медицинской организации не позднее 5 июня 2015 года.

В министерство представляется документы:

ходатайство медицинской организации (по форме, утвержденной приказом министерства);

выписка из протокола заседания комиссии медицинской организации по отбору претендентов;

заявление претендента на целевое обучение (по форме, утвержденной приказом министерства);

копию паспорта;

характеристику-рекомендацию претендента, выданную образовательной организацией среднего общего образования (среднего профессионального образования);

копии документов государственного образца о среднем (полном) общем образовании, среднем профессиональном образовании, при наличии;

справку, выданную образовательной организацией среднего общего образования, об итоговых оценках претендента (при отсутствии аттестата);

копии сертификата о результатах единого государственного экзамена с предметами, необходимыми для поступления в образовательную организацию, при наличии;

согласие на обработку персональных данных претендента (по форме утвержденной приказом министерства);

копию трудовой книжки (при наличии);

копии документов, свидетельствующие об индивидуальных достижениях (дипломы (свидетельства, справки, грамоты) о победах (участиях) в олимпиадах, конкурсах);

три экземпляра договора о целевом обучении, подписанные претендентами.

При отсутствии, на день проведения отбора граждан, документов государственного образца о среднем (полном) общем образовании, среднем профессиональном образовании, необходимо сразу после получения претендентами документа направить копию документа в министерство.

Приложение:

1. Ходатайство медицинской организации.
2. Заявление на целевое обучение.
3. Согласие на обработку персональных данных.
4. Договор о целевом обучении.
5. Разнарядка.

Исполняющий обязанности министра

А.О. Дейнеко

Бланк  
медицинской организации

Министру здравоохранения  
Ставропольского края

В.Н. Мажарову

Ходатайство

Прошу рассмотреть документы \_\_\_\_\_  
ФИО претендента, год рождения, проживающего по адресу

\_\_\_\_\_

для участия в отборе претендентов на заключение договора о целевом обучении в  
образовательной организации высшего образования \_\_\_\_\_

наименование

\_\_\_\_\_

образовательной организации

и принять решение о заключении с ним договора о целевом обучении в  
образовательной организации высшего образования по специальности  
\_\_\_\_\_ с целью дальнейшего трудоустройства

наименование специальности

В \_\_\_\_\_  
наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения

Прохождение практики и трудоустройство гарантирую.

Подпись руководителя медицинской организации государственной системы  
здравоохранения Ставропольского края

М.П.

Министру здравоохранения  
Ставропольского края

В.Н. Мажарову

ФИО претендента

дата рождения

проживающий по адресу

телефон

Прошу допустить меня к участию в отборе на заключение договора о  
целевом обучении в \_\_\_\_\_

наименование образовательной организации высшего образования

с целью дальнейшего участия в конкурсе на целевой прием в \_\_\_\_\_

наименование образовательной организации высшего образования

по специальности \_\_\_\_\_

наименование специальности

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего  
трудоустройства в медицинскую организацию государственной системы  
здравоохранения Ставропольского края

наименование медицинской организации

*Заполняется в случае недостижения абитуриентом 18-летнего возраста.*

Законный представитель гражданина \_\_\_\_\_

ФИО законного представителя

дата рождения \_\_\_\_\_, проживающий по месту жительства

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

подпись

расшифровка подписи

дата

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
фамилия , имя, отчество

регистрация по месту проживания по адресу: \_\_\_\_\_

регистрация по месту пребывания по адресу: \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

наименование документа, серия, номер, дата

выдачи, выдавший орган

даю

свое согласие министерству здравоохранения Ставропольского края, находящемуся по адресу: г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, д. 42/311 на получение, обработку моих персональных данных (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 проведения отбора для заключения договора о целевом обучении в образовательной организации высшего образования.

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

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные в информационной системе; передавать в образовательные организации высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, медицинские организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и действует на период обучения в образовательной организации высшего образования, а также на период хранения в течение 5 лет.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ДОГОВОР**  
о целевом обучении

г. Ставрополь

«\_\_»\_\_\_\_\_201\_ г.

Министерство здравоохранения Ставропольского края, в лице министра Мажарова Виктора Николаевича, действующего на основании Положения о министерстве здравоохранения Ставропольского края, утвержденного постановлением Губернатора Ставропольского края от 16.08.2012 г. № 564, именуемое в дальнейшем «Организация», с одной стороны, и гражданин,

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по месту  
жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан  
\_\_\_\_\_

—  
в \_\_\_\_\_ лице \_\_\_\_\_ законного  
представителя \_\_\_\_\_

—  
(статус, ФИО законного представителя)  
именуемый (ая) в дальнейшем «Гражданин», с другой стороны, далее именуемые  
Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**I. Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим договором гражданин обязуется освоить образовательную программу по специальности

«\_\_\_\_\_», специалитет,

(код, наименование специальности, уровень образования)

реализуемую в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, успешно пройти государственную итоговую аттестацию по указанной образовательной программе и заключить трудовой договор (контракт) с \_\_\_\_\_

—  
наименование медицинской организации, ходатайствующей о целевом обучении гражданина

— (далее – медицинская организация), а Организация обязуется предоставить гражданину меры социальной поддержки и организовать прохождение практики в соответствии с учебным планом.

## II. Права и обязанности сторон

### 2.1. Организация вправе:

а) запрашивать у гражданина информацию о результатах прохождения им промежуточных аттестаций в соответствии с учебным планом и выполнении обязанностей, предусмотренных уставом и правилами внутреннего распорядка обучающихся;

б) рекомендовать гражданину тему выпускной квалификационной работы (при наличии).

### 2.2. Организация обязана:

а) организовать прохождение гражданином практики в соответствии с учебным планом;

б) обеспечить в соответствии с полученной квалификацией трудоустройство гражданина в медицинскую организацию;

в) в случае неисполнения обязательств по трудоустройству гражданина в течение двенадцати месяцев выплатить гражданину компенсацию в двукратном размере расходов, связанных с предоставлением ему мер социальной поддержки;

г) уведомить гражданина об изменении местонахождения, банковских реквизитов (при их наличии) или иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего договора, в течение 10 календарных дней со дня возникновения указанных изменений.

### 2.3. Гражданин вправе:

а) получать от Организации меры социальной поддержки;

б) в случае необходимости получать информацию о деятельности организации, в которой организовано прохождение практики в соответствии с учебным планом.

### 2.4. Гражданин обязан:

а) осваивать образовательную программу, указанную в пункте 1.1. настоящего договора;

б) представлять по требованию Организации информацию о результатах прохождения промежуточных аттестаций в соответствии с учебным планом и выполнении обязанностей, предусмотренных уставом и правилами внутреннего распорядка обучающихся;

в) проходить практику, организованную Организацией, в соответствии с учебным планом;

г) соблюдать нормативные акты организации, в которой организовано прохождение практики в соответствии с учебным планом;

д) заключить с медицинской организацией трудовой договор (контракт) не позднее чем через два месяца со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации;

е) возместить Организации в течение двух месяцев расходы, связанные с предоставлением ему мер социальной поддержки, а также выплатить штраф в двукратном размере расходов, связанных с предоставлением ему мер социальной поддержки, в случае неисполнения обязательств по трудоустройству, предусмотренных настоящим договором;

ж) уведомить Организацию об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии), паспортных данных, банковских реквизитов (при их наличии) и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего договора, в течение 10 календарных дней со дня возникновения указанных изменений.

## III. Ответственность сторон

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2. Основаниями для освобождения гражданина от исполнения обязательств по трудоустройству являются:

а) наличие заболеваний, препятствующих трудоустройству в медицинскую организацию, подтвержденных заключениями уполномоченных органов;

б) признание в установленном порядке одного из родителей, супруга (супруги) инвалидом I или II группы, установление ребенку гражданина категории «ребенок-инвалид», если работа по трудовому договору (контракту) предоставляется не по месту постоянного жительства родителей, супруги (супруга) или ребенка;

в) признание гражданина в установленном порядке инвалидом I или II группы;

г) гражданин является супругом (супругой) военнослужащего, за исключением лиц, проходящих военную службу по призыву, если работа по трудовому договору (контракту) предоставляется не по месту службы супруга (супруги).

#### IV. Срок действия договора, основания его досрочного прекращения

4.1. Настоящий договор вступает в силу с 01.09.2015 года и действует до заключения трудового договора (контракта) или отчисления гражданина из ВУЗа.

4.2. Основаниями для досрочного прекращения настоящего договора являются:

а) отказ организации, осуществляющей образовательную деятельность, в приеме гражданина на целевое место, в том числе в случае, если гражданин не прошел по конкурсу, проводимому в рамках квоты целевого приема организацией, осуществляющей образовательную деятельность;

б) отчисление гражданина из организации, осуществляющей образовательную деятельность, до окончания срока освоения образовательной программы;

в) наступление и (или) обнаружение обстоятельств (медицинские или иные показания), препятствующих трудоустройству гражданина в организацию, указанную в подпункте "в" пункта 3 настоящего договора;

г) не прохождение гражданином конкурсного отбора в Организации или вступительных испытаний в ВУЗе.

#### V. Заключительные положения

4.3. Изменения, вносимые в настоящий договор, оформляются дополнительными соглашениями к нему.

4.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

#### VI. Адреса и платежные реквизиты сторон

Организация:

Министерство здравоохранения  
Ставропольского края

Гражданин:

(Ф.И.О. полностью, дата рождения, паспортные данные, адрес, тел.)

---

---

---

---

---



Министр

Мажаров  
М.П.

В.Н.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

**Законный представитель:** (статус, Ф.И.О. полностью, дата рождения, паспортные данные, адрес, тел.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)