



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Ставропольского края
ПРИКАЗ

07 июня 2018 г.

г.Ставрополь

№ 01-05/548

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 23 апреля 2018 г. № 01-05/365 «О некоторых мерах по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 23 апреля 2018 г. № 01-05/365 «О некоторых мерах по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края» следующие изменения:

1.1. В Положении об организации целевого обучения по образовательным программам специалитета для отрасли здравоохранения Ставропольского края:

1.1.1. В пункте 3:

1.1.1.1. После слов «Право на целевое обучение по образовательным программам специалитета» дополнить словами «(за исключением специальности «стоматология»)».

1.1.1.2. Дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«Право на целевое обучение по образовательным программам специалитета по специальности «стоматология» в образовательной организации имеют граждане, которые заключили договор о целевом обучении с министерством здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство) и приняты на целевые места по конкурсу, проводимому в рамках квоты целевого приема, ежегодно устанавливаемой учредителем образовательной организации в соответствии с Порядком приема на обучение по образовательным программам специалитета.»

1.1.2. В пункте 5 слова «здравоохранения Ставропольского края», «соответственно», «, министерство» исключить.

1.1.3. Пункт 9 дополнить абзацем первым следующего содержания:

«Министерство определяет приказом лиц, ответственных за работу по организации целевого обучения по образовательным программам специалитета.»

1.1.4. Пункт 11 изложить в следующей редакции:

«Медицинская организация, министерство обязаны ежегодно в срок до 20 мая приказами устанавливать сроки начала подачи гражданами докумен-

тов, медицинская организация, – указанных в пункте 15 настоящего Положения, министерство, – указанных в пункте 15¹ настоящего Положения, и обеспечивать их размещение на официальном сайте медицинской организации, официальном сайте министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее соответственно – официальный сайт медицинской организации, официальный сайт министерства) соответственно в течение 2 рабочих дней с даты его издания.».

1.1.5. Пункт 12 изложить в следующей редакции:

«Медицинская организация (за исключением специальности «стоматология»), министерство (по специальности «стоматология») обеспечивают оповещение граждан путем размещения объявлений на официальном сайте медицинской организации, официальном сайте министерства об организации целевого обучения по образовательным программам специалитета с указанием специальностей, в том числе о сроках начала и окончания приема документов граждан, списках необходимых документов.».

1.1.6. Пункт 15:

1.1.6.1. После слов «в медицинскую организацию» дополнить словами «(за исключением специальности «стоматология»)».

1.1.6.2. После слов «(далее документы).» дополнить абзацами следующего содержания:

«В целях заключения договора о целевом обучении по специальности «стоматология» гражданин (законный представитель гражданина) лично представляет в министерство:

ходатайство медицинской организации, форма которого является приложением 6 к настоящему Положению;

заявление на целевое обучение, форма которого является приложением 7 к настоящему Положению;

согласие на обработку персональных данных, форма которого является приложением 8 к настоящему Положению;

копию паспорта гражданина;

копию документа государственного образца о среднем (полном) общем образовании либо среднем профессиональном образовании с приложением (при наличии);

справку об обучении в общеобразовательной организации либо образовательной организации среднего профессионального образования (при отсутствии документа государственного образца о среднем (полном) общем образовании либо среднем профессиональном образовании);

реквизиты лицевого счета гражданина, открытого в российской кредитной организации

(далее – документы)».

1.1.7. Пункт 16 после слов «медицинская организация» дополнить словами «(за исключением специальности «стоматология»), министерство (по специальности «стоматология»)».

1.1.8. В пункте 17:

1.1.8.1. Абзац первый после слов «медицинская организация» дополнить словами «(за исключением специальности «стоматология»)».

1.1.8.2. Дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«С гражданином, изъявившим желание участвовать в целевом приеме по специальности «стоматология», документы которого оформлены надлежащим образом и представлены в полном объеме, министерство заключает договор о целевом обучении, форма которого является приложением 9 к настоящему Положению.»

1.1.9. Пункт 18 после слов «медицинская организация» дополнить словами «(за исключением специальности «стоматология»)», министерство (по специальности «стоматология»)».

1.1.10. Пункт 19 изложить в следующей редакции:

«Медицинская организация (за исключением специальности «стоматология»), министерство (по специальности «стоматология») размещают списки граждан, с которыми заключены договоры о целевом обучении, на официальном сайте медицинской организации (за исключением специальности «стоматология»), официальном сайте министерства (по специальности «стоматология») соответственно до начала целевого приема.»

1.1.11. В пункте 20:

1.1.11.1. Абзац первый после слов «медицинской организацией» дополнить словами «(за исключением специальности «стоматология»)».

1.1.11.2. Дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«Договор о целевом приеме по специальности «стоматология» заключается министерством с образовательной организацией ежегодно после установления Минздравом России квоты целевого приема в порядке, установленном Правилами.»

1.1.12. Приложение 2 «Журнал регистрации документов граждан, изъявивших желание участвовать в целевом приеме, для заключения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам специалитета» считать приложением 3.

1.1.13. В приложении 4 «Договор о целевом обучении»:

1.1.13.1. Подпункт «а» пункта 3 «Организация обязана:» изложить в следующей редакции:

«а) предоставить гражданину в период его обучения следующие меры социальной поддержки*:

(меры материального стимулирования (стипендии и другие денежные выплаты, оплата питания и (или) проезда и иные меры)

(оплата платных образовательных услуг (при необходимости)

(предоставление в пользование и (или) оплата жилого помещения)

1.1.13.2. Дополнить сноской следующего содержания:

«* При заключении настоящего договора стороны самостоятельно определяют перечень мер социальной поддержки, предоставляемых гражданину, с указанием порядка, сроков и размеров их предоставления.»

1.1.14. Дополнить:

1.1.14.1. Приложением 6 «Форма ходатайства медицинской организации» согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.1.14.2. Приложением 7 «Форма заявления на целевое обучение» согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.1.14.3. Приложением 8 «Форма согласия на обработку персональных данных» согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.1.14.4. Приложением 9 «Форма договора о целевом обучении» согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.2. В Положении об организации целевого обучения по образовательным программам ординатуры для отрасли здравоохранения Ставропольского края:

1.2.1. В пункте 12 слова «о сроках начала приема и окончания документов граждан,» заменить словами «о сроках начала приема и окончания приема документов граждан,».

1.2.2. В приложении 5 «Договор о целевом обучении»:

1.2.2.1. Подпункт «а» пункта 4 «Организация-работодатель обязана:» изложить в следующей редакции:

«а) предоставить гражданину в период его обучения следующие меры социальной поддержки*:

_____ ;
(меры материального стимулирования (стипендии и другие денежные выплаты, оплата питания и (или) проезда и иные меры)

_____ ;
(оплата платных образовательных услуг (при необходимости)

_____);».
(предоставление в пользование и (или) оплата жилого помещения)

1.2.2.2. Пункты 5 «Гражданин обязан:» – 11 считать пунктами 6 – 12 соответственно.

1.2.2.3. Дополнить сноской следующего содержания:

«* При заключении настоящего договора стороны самостоятельно определяют перечень мер социальной поддержки, предоставляемых гражданину, с указанием порядка, сроков и размеров их предоставления.».

2. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



В.Н. Мажаров

Приложение 1

к приказу министерства здравоохранения Ставропольского края от 07 июня 2018 г. № 01-05/548

«Приложение 6

к Положению об организации целевого обучения по образовательным программам специалитета для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

Бланк медицинской организации с исходящими датой и номером

Министру здравоохранения Ставропольского края

(инициалы и фамилия министра)

ХОДАТАЙСТВО

Прошу заключить договор о целевом обучении по образовательной программе специалитета по специальности «31.05.03 стоматология» в

(наименование образовательной организации,

осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам специалитета) с гражданином _____

(полностью фамилия, имя,

отчество (при наличии) гражданина)

с целью дальнейшего трудоустройства в _____

(наименование медицинской организации

государственной системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность _____

(наименование должности)

Неисполненных обязательств по договору о целевом обучении у _____ не имеется.

(инициалы, фамилия гражданина)

Осуществление мер социальной поддержки гражданину во время обучения, прохождение практики и трудоустройство гарантирую.

(должность руководителя медицинской организации)

(подпись)

(инициалы, фамилия руководителя)

М.П.

».

Министр



В.Н. Мажаров

Приложение 2

к приказу министерства здравоохранения Ставропольского края от 07 июня 2018 г. № 01-05/548

«Приложение 7

к Положению об организации целевого обучения по образовательным программам специалитета для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

Министру здравоохранения
Ставропольского края

_____ (инициалы, фамилия министра)

_____ (полностью фамилия, имя,

_____ отчество (при наличии) гражданина,

_____ дата рождения,

_____ адрес проживания,

_____ контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе специалитета по специальности «31.05.03 стоматология» 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 врача-стоматолога.

Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия:

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 (при необходимости):

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(дата)

».

Министр



В.Н. Мажаров

Приложение 3

к приказу министерства здравоохранения Ставропольского края от 07 июня 2018 г. № 01-05/548

«Приложение 8

к Положению об организации целевого обучения по образовательным программам специалитета 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 автоматическом

зированных 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 (при необходимости):*

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

_____ (дата)

** в случае заполнения законным представителем*

».

Министр



В.Н. Мажаров

Приложение 4

к приказу министерства здравоохранения Ставропольского края от 07 июня 2018 г. № 01-05/548

«Приложение 9

к Положению об организации целевого обучения по образовательным программам специалитета для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

ДОГОВОР

о целевом обучении

город Ставрополь _____

" ____ " _____ 20__ г.
(дата заключения договора)

Министерство здравоохранения Ставропольского края, именуемое в дальнейшем Заказчик, в лице министра здравоохранения Ставропольского края _____,

(полностью фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Положения о министерстве здравоохранения Ставропольского края, утвержденного постановлением Губернатора Ставропольского края от 16.08.2012 г. № 564, с одной стороны, _____,

(полное наименование медицинской организации _____,

государственной системы здравоохранения Ставропольского края) именуемое в дальнейшем Организация-работодатель, в лице руководителя _____,

(полностью фамилия, имя отчество руководителя)

действующего на основании Устава, с другой стороны, и _____, именуем__ в дальнейшем Гражданин, с третьей

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии))

стороны, далее именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

I. Предмет договора

1. В соответствии с настоящим договором Гражданин обязуется освоить образовательную программу по специалитету по специальности 31.05.03 «стоматология», реализуемую в _____,

(наименование организации, осуществляющей _____,

образовательную деятельность по образовательным программам специалитета)

успешно пройти государственную итоговую аттестацию по указанной образовательной программе и заключить трудовой договор (контракт) с Организацией-работодателем, указанной в подпункте "в" пункта 4 настоящего договора, а Организация-работодатель обязуется предоставить Гражданину меру социальной поддержки и организовать прохождение практики в соответствии с учебным планом.

II. Права и обязанности сторон

2. Заказчик и Организация-работодатель 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).

3. Заказчик обязан:

а) заключить договор о целевом приеме с _____
(наименование организации, осуществляющей

образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования)

б) 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.

4. Организация-работодатель обязана:

а) предоставить Гражданину в период его обучения следующие меры социальной поддержки*:

_____ ;
(меры материального стимулирования (стипендии и другие денежные выплаты, оплата питания и (или) проезда и иные меры)

_____ ;
(оплата платных образовательных услуг (при необходимости)

_____ ;
(предоставление в пользование и (или) оплата жилого помещения)

б) организовать прохождение Гражданином практики в соответствии с учебным планом;

в) обеспечить в соответствии с полученной квалификацией трудоустройство Гражданина в Организацию-работодателя;

г) в случае неисполнения обязательств по трудоустройству Гражданина в течение 6 месяцев выплатить Гражданину компенсацию в двукратном размере расходов, связанных с предоставлением ему мер социальной поддержки;

д) 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.

5. Гражданин вправе:

а) получать от Организации-работодателя меры социальной поддержки, предусмотренные подпунктом "а" пункта 4 настоящего договора;

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

6. Гражданин обязан:

а) осваивать образовательную программу по специальности по специальности 31.05.03 «стоматология»;

б) представлять по требованию Заказчика и (или) Организации-работодателя 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-работодателем, в соответствии с учебным планом;

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

д) заключить с Организацией-работодателем трудовой договор (контракт) не позднее чем через 3 месяца со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации;

е) возместить Организации-работодателю в течение 2 месяцев расходы, связанные с предоставлением ему мер социальной поддержки, а также выплатить штраф в двукратном размере расходов, связанных с предоставлением ему меры социальной поддержки, в случае неисполнения обязательств по трудоустройству, предусмотренных настоящим договором;

ж) уведомить Заказчика и (или) Организацию-работодателя 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;

з) отработать с даты заключения трудового договора (контракта) с Организацией-работодателем не менее 3-х лет (период нахождения Гражданина в отпуске по уходу за ребенком не включается в данный период отработки).

III. Ответственность сторон

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

8. Основаниями для освобождения Гражданина от исполнения обязательств по трудоустройству являются:

а) наличие заболеваний, препятствующих трудоустройству в Организацию-работодателя и 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

9. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до заключения трудового договора (контракта) с Организацией-работодателем.

10. 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 кон-

курсу, проводимому в рамках квоты целевого приема организацией, осуществляющей образовательную деятельность;

б) неполучение Гражданином в течение 12 месяцев мер социальной поддержки от Организации-работодателя;

в) отчисление Гражданина из организации, осуществляющей образовательную деятельность, до окончания срока освоения образовательной программы;

г) наступление и (или) обнаружение обстоятельств (медицинские или иные показания), препятствующих трудоустройству Гражданина в Организацию-работодателя.

V. Заключительные положения

12

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

12. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

VI. Адреса и платежные реквизиты сторон

Гражданин	Заказчик
_____	Министерство здравоохранения Ставропольского края
(полностью фамилия, имя,	

отчество (при наличии)	Министр _____ / _____
_____	(подпись) / (Ф.И.О.)
(дата рождения)	М.П.

(серия и номер паспорта,	

когда и кем выдан)	

(местонахождение)	

(банковские реквизиты)	

_____ / _____ /	
(подпись) (Ф.И.О.)	
Законный представитель гражданина	

(фамилия, имя,	

отчество (при наличии)	

(дата рождения)	

(серия и номер паспорта,	

когда и кем выдан)	

_____ / _____ /
(местонахождение)

_____ / _____ /
(подпись) (фамилия, инициалы)

Организация-работодатель

_____ / _____ /
(полное наименование

_____ / _____ /
медицинской организации)

_____ / _____ /
(местонахождение)

_____ / _____ /
(банковские реквизиты)

_____ / _____ /

_____ / _____ /

_____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

* При заключении настоящего договора стороны самостоятельно определяют перечень мер социальной поддержки, предоставляемых гражданину, с указанием порядка, сроков и размеров их предоставления.

».

Министр



В.Н. Мажаров