

ПРИКАЗ

12.07.2019

№ 364

Вологда

Об отдельных вопросах заключения договоров о компенсации расходов на оплату обучения по программам ординатуры

В целях реализации закона области от 11 июня 2019 года № 4545-ОЗ «О компенсации гражданам расходов на оплату обучения по программам ординатуры»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок отбора граждан для заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры, согласно приложению 1 к настоящему приказу.
2. Утвердить форму договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры, согласно приложению 2 к настоящему приказу.
3. Настоящий приказ вступает в силу по истечении 10 дня после дня его официального опубликования.

Начальник департамента



С.П. Бутаков

УТВЕРЖДЕН
приказом департамента
здравоохранения области
от 12.07.2019 года № 364
(приложение 1)

**Порядок отбора граждан для заключения договора о компенсации расходов
на оплату обучения по программе ординатуры
(далее – Порядок)**

1. Настоящий Порядок регламентирует отбор граждан, претендующих на заключение договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры (далее также – отбор, соискатель, договор о компенсации).

2. Департамент здравоохранения области (далее – департамент) ежегодно в срок не позднее 15 августа текущего года публикует на официальном сайте департамента в сети Интернет объявление о сроках, времени, месте приема документов для участия в отборе и количестве мест для подготовки по каждой специальности, предусмотренной Перечнем специальностей и должностей, утвержденным приказом департамента (далее – объявление).

3. Соискатель должен соответствовать требованиям, установленным законом области от 11 июня 2019 года № 4545-ОЗ «О компенсации гражданам расходов на оплату обучения по программам ординатуры» (далее – закон области № 4545-ОЗ).

4. Отбор соискателей осуществляется комиссией по отбору граждан для заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры (далее – Комиссия) на основании документов, указанных в пунктах 5, 6 настоящего Порядка.

Состав Комиссии утверждается приказом департамента.

5. Для участия в отборе соискатель в сроки, установленные в объявлении, обращается в департамент с письменным заявлением на участие в отборе (далее – заявление) по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку.

6. К заявлению прилагаются следующие документы:

копия договора об оказании платных образовательных услуг;

копия документа о наличии у гражданина высшего медицинского образования по программе специалитета (с приложением);

согласие на обработку персональных данных (приложение 2 к Порядку).

Копии документов, указанные в настоящем пункте, не заверенные организацией, выдавшей соответствующие документы, или нотариально, представляются с предъявлением оригинала. Копии документов, представленные с предъявлением оригинала, заверяются лицом, осуществляющим прием документов.

7. Заявление и документы, предусмотренные пунктом 6 настоящего Порядка, подаются соискателем лично. При подаче документов соискатель предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

8. Заявление регистрируется департаментом в день его поступления в специальном журнале, который пронумерован, прошнурован и скреплен печатью. В журнале фиксируется время поступления заявления.

9. Отбор проводится на основании заявления и документов, представленных соискателями.

Преимущество отдается соискателю с более высоким средним баллом по результатам обучения по программе специалитета.

При равенстве среднего балла по результатам обучения по программе специалитета преимущество отдается гражданину, заявление которого было зарегистрировано раньше.

10. Комиссия в течение 10 рабочих дней с даты окончания срока приема документов для участия в отборе, установленного в объявлении, проводит отбор по результатам которого принимает решение:

- о соответствии соискателя требованиям, установленным законом области № 4545-ОЗ (далее - решение о соответствии);

- о несоответствии соискателя требованиям, установленным законом области № 4545-ОЗ (далее - решение о несоответствии).

11. Решение о соответствии принимается Комиссией в случае, если заявление и документы, предусмотренные пунктом 6 настоящего Порядка, оформлены надлежащим образом и представлены соискателем в полном объеме в сроки, установленные в объявлении и соискатель соответствует требованиям, предусмотренным пунктом 3 настоящего Порядка.

12. Решение о несоответствии принимается Комиссией в случае, если:

- заявление и документы, предусмотренные пунктом 6 настоящего Порядка, не представлены или представлены соискателем не в полном объеме или с нарушением Порядка;

- соискатель не соответствует хотя бы одному из требованиям, установленных законом области № 4545-ОЗ.

13. Решение Комиссии оформляется протоколом, который подписывается всеми членами Комиссии.

14. О решении, принятом Комиссией, соискатель уведомляется в течение 3 рабочих дней после дня принятия решения заказным письмом с уведомлением по почте.

В департамент здравоохранения Вологодской области от _____

ФИО полностью

дата рождения _____,

проживающего по адресу (регистрация, проживание):

контактный телефон _____

паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

(когда и кем)

СНИЛС _____

ИНН _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в отборе для заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры в

(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, в которой гражданин проходит обучение по программе ординатуры)

по специальности _____

с целью дальнейшего трудоустройства в бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области.

Дата

подпись

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года
№ 152-ФЗ «О персональных данных», проживающий(ая) по адре-
су: _____,
документ, удостоверяющий личность: паспорт се-
рия _____ № _____ выдан _____

в целях исполнения договора о компенсации расходов на оплату обучения по
программе ординатуры даю согласие департаменту здравоохранения Вологод-
ской области, находящемуся по адресу: г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19, на
обработку моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество;
дата рождения;
сведения об образовании;
место регистрации;
контактные телефоны;
данные паспорта гражданина Российской Федерации;
ИНН;
СНИЛС.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены сле-
дующие действия: сбор, проверка, систематизация, накопление, хранение, уточ-
нение (обновление, изменение), использование, передача в казенное учреждение
Вологодской области «Областное казначейство» и в образовательную организа-
цию высшего образования, уничтожение персональных данных по истечении 5
лет после срока действия договора о целевом обучении.

Данное согласие действует со дня его подписания на период всего срока
обучения.

Настоящее согласие может быть в любое время отозвано. Отзыв оформляет-
ся в письменном виде в соответствии с действующим законодательством.

Дата

подпись

УТВЕРЖДЕНА
 приказом департамента
 здравоохранения области
 от 12.07.2019 года № 364
 (приложение 2)

Форма

**Договор о компенсации расходов на оплату обучения
 по программе ординатуры**

"__" _____ 20__ года Г. _____

Гражданин (гражданка) _____,
 (фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____,
 паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрирован _____ по адресу: _____

(зарегистрирована)

ИНН _____, именуемый (именуемая) в дальнейшем «Гражданин», и департамент здравоохранения Вологодской области, именуемый в дальнейшем «Департамент», в лице _____, действующего на основании _____, заключили настоящий Договор о следующем:

1. Предмет Договора

1.1. Департамент предоставляет Гражданину компенсацию расходов на оплату обучения в _____
 (наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по программе ординатуры)
 по программе ординатуры по специальности _____
 (далее – компенсация), а Гражданин исполняет обязательства, предусмотренные Договором.

1.2. Компенсация предоставляется в размере фактически понесенных Гражданином расходов на оплату обучения по программе ординатуры в соответствии с договором об оказании образовательных услуг № _____ от _____, но не более 150 тысяч рублей за один год обучения.

2. Обязательства Сторон

2.1. Гражданин обязуется:

2.1.1. Освоить образовательную программу ординатуры в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности _____.

2.1.2. Представлять в Департамент платежные документы, подтверждающие перечисление Гражданином денежных средств на оплату обучения по программе ординатуры (далее – платежные документы) путем личного обращения либо посредством почтовой связи в течение учебного года, за который произведена оплата, за второй год обучения - не позднее чем за 2 месяца до окончания срока действия договора об оказании платных образовательных услуг.

2.1.3. Заключить не позднее чем через два месяца со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации трудовой договор с

(наименование медицинской организации, подведомственной Департаменту)
о работе в должности _____, и в течение пяти лет выполнять трудовые функции по основному месту работы на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации.

2.1.4. Возвратить полученные средства компенсации в течение 30 календарных дней со дня направления Департаментом уведомления о необходимости возврата полученных средств компенсации в добровольном порядке в следующих случаях:

- расторжение (прекращение) договора об оказании платных образовательных услуг и отчисление Гражданина из организации, осуществляющей образовательную деятельность, до окончания нормативного срока освоения программы ординатуры, за исключением расторжения (прекращения) договора об оказании платных образовательных услуг и отчисления Гражданина из организации, осуществляющей образовательную деятельность, по обстоятельствам, не зависящим от воли Гражданина;

- незаключение Гражданином в срок не позднее чем через два месяца со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации трудового договора с медицинской организацией на условиях, предусмотренных пунктом 2.1.2 настоящего Договора, за исключением незаключения Гражданином трудового договора с медицинской организацией по обстоятельствам, не зависящим от воли Гражданина (наличие заболеваний, препятствующих трудоустройству в медицинскую организацию; признание гражданина в установленном порядке инвалидом I или II группы; смерть гражданина);

- расторжение или прекращение трудового договора (контракта), заключенного Гражданином с медицинской организацией, до истечения пяти лет с даты его заключения, за исключением случаев прекращения трудового договора (контракта) по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 части первой статьи 81, пунктами 2, 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации.

2.1.5. Уведомить Департамент в течение 5 рабочих дней о возникновении случая, предусмотренного пунктом 2.1.4 настоящего Порядка.

2.2. Департамент обязуется в течение 30 рабочих дней со дня поступления платежных документов в Департамент осуществлять выплату Гражданину компенсации _____ путем перечисления на счет Гражданина № _____, открытый в _____

3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения Медицинским работником обязанности по возврату денежных средств в соответствии с пунктом 2.1.4 настоящего Договора Гражданин обязан уплатить в областной бюджет неустойку в размере 0.1 процента от суммы компенсации, подлежащей возврату в областной бюджет, за каждый день просрочки начиная со дня, следующего за днем истечения срока, установленного пунктом 2.1.4 настоящего Договора.

3.2. В случае выявления фактов предоставления Гражданином недостоверных или подложных документов и сведений в целях заключения настоящего Договора и получения компенсации Гражданин обязан возвратить в областной бюджет всю сумму полученной компенсации, а также уплатить в областной бюджет неустойку в размере 0.1 процента от суммы компенсации за каждый день пользования компенсацией (с даты зачисления суммы компенсации на счет Гражданина до даты возврата суммы компенсации в областной бюджет).

4. Заключительные положения

4.1. Настоящий Договор считается заключенным со дня его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

4.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору вносятся по взаимному согласию Сторон путем заключения дополнительного соглашения к настоящему Договору в простой письменной форме в виде единого документа, подписываемого Сторонами.

4.3. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

4.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6. Адреса и реквизиты Сторон

Гражданин:

_____/_____/_____

Департамент:

_____/_____/_____

М.П.