

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ
от 12 октября 2020 г. N 42-н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ЦЕЛЕВОЙ ПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СЕРТИФИКАТОВ**

В соответствии с [Законом](#) Красноярского края от 02.04.2020 N 9-3836 "Об обеспечении системы здравоохранения края квалифицированными медицинскими кадрами", [Постановлением](#) Правительства Красноярского края от 18.09.2020 N 629-п "Об утверждении Порядка формирования и ведения реестра образовательных организаций, перечня сведений, подлежащих включению в реестр образовательных организаций", [Постановлением](#) Правительства Красноярского края от 22.09.2020 N 635-п "О подготовке специалистов с высшим медицинским образованием с применением образовательных сертификатов", [пунктами 3.9, 3.72](#) Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного Постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 N 31-п, приказываю:

1. Утвердить:

форму [заявления](#) образовательной организации о включении в реестр образовательных организаций согласно приложению N 1;

форму [заявления](#) образовательной организации об изменении сведений об образовательной организации, включенной в реестр образовательных организаций, согласно приложению N 2;

форму [заявления](#) образовательной организации об исключении из реестра образовательных организаций согласно приложению N 3;

форму [заявления](#) об участии в отборе на предоставление образовательного сертификата согласно приложению N 4;

форму [заявки](#) медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Красноярского края, на профессиональную переподготовку или на повышение квалификации медицинского работника (медицинских работников) в качестве слушателя (слушателей) согласно приложению N 5.

2. Контроль за исполнением Приказа возложить на начальника отдела управления кадрами и профессиональной подготовки министерства здравоохранения Красноярского края И.И. Жирнову.

3. Опубликовать настоящий Приказ на "Официальном интернет-портале правовой информации Красноярского края" (www.zakon.krskstate.ru).

4. Приказ вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования.

Министр
здравоохранения Красноярского края
Б.М.НЕМИК

Приложение N 1
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 12 октября 2020 г. N 42-н

Угловой штамп образовательной организации

Министру здравоохранения Красноярского
края

Заявление

о включении образовательной организации в реестр
образовательных организаций

В соответствии с [Законом](#) Красноярского края от 02.04.2020 N 9-3836 "Об
обеспечении системы здравоохранения края квалифицированными медицинскими
кадрами" прошу включить _____

(указать наименование образовательной организации)

в реестр образовательных организаций для реализации основных
образовательных программ высшего медицинского образования, дополнительных
профессиональных образовательных программ с применением образовательных
сертификатов.

Уведомление о принятом решении прошу направить _____

(указать выбранный способ: посредством почтовой связи, электронной почты,
заберу лично (нарочным), в форме
электронного документа в личный кабинет федеральной государственной
информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных
услуг (функций)" или краевого портала государственных
и муниципальных услуг)

Приложение: 1. _____ .
2. _____ .
3. _____ .

"__" _____ 20__ года

подпись, расшифровка подписи

Приложение N 2
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 12 октября 2020 г. N 42-н

Угловой штамп образовательной организации

Министру здравоохранения Красноярского

_____ края

Заявление
об изменении сведений об образовательной организации,
включенной в реестр образовательных организаций

В соответствии с [Законом](#) Красноярского края от 02.04.2020 N 9-3836 "Об обеспечении системы здравоохранения края квалифицированными медицинскими кадрами" прошу изменить следующие сведения об

_____,
(указать наименование образовательной организации)
включенной в реестр образовательных организаций для реализации основных образовательных программ высшего медицинского образования, дополнительных профессиональных образовательных программ с применением образовательных сертификатов:

(указать сведения, подлежащие изменению)

Уведомление о принятом решении прошу направить _____.

(указать выбранный способ: посредством почтовой связи, электронной почты, заберу лично (нарочным), в форме электронного документа в личный кабинет федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" или краевого портала государственных и муниципальных услуг)

Приложение: 1. _____.
2. _____.
3. _____.

"__" _____ 20__ года

подпись, расшифровка подписи

Приложение N 3
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 12 октября 2020 г. N 42-н

Угловой штамп образовательной организации

Министру здравоохранения Красноярского
края

Заявление
об исключении образовательной организации
из реестра образовательных организаций

В соответствии с [Законом](#) Красноярского края от 02.04.2020 N 9-3836 "Об обеспечении системы здравоохранения края квалифицированными медицинскими кадрами" прошу исключить _____

_____'
(указать наименование образовательной организации)
из реестра образовательных организаций для реализации основных образовательных программ высшего медицинского образования, дополнительных профессиональных образовательных программ с применением образовательных сертификатов.

Уведомление о принятом решении прошу направить _____

_____.
(указать выбранный способ: посредством почтовой связи, электронной почты, заберу лично (нарочным), в форме электронного документа в личный кабинет федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" или краевого портала государственных и муниципальных услуг)

Приложение: 1. _____.
2. _____.
3. _____.

"__" _____ 20__ года

подпись, расшифровка подписи

Приложение N 4
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 12 октября 2020 г. N 42-н

Министру здравоохранения Красноярского края

от _____

(фамилия, имя, отчество
(при наличии) гражданина полностью)
Паспорт серия _____ N _____

(когда и кем выдан)
Место проживания (пребывания) _____

Контактный телефон (адрес электронной почты) _____

Заявление
об участии в отборе на предоставление
образовательного сертификата

В соответствии с [Законом](#) Красноярского края от 02.04.2020 N 9-3836 "Об обеспечении системы здравоохранения края квалифицированными медицинскими кадрами" прошу предоставить мне образовательный сертификат для обучения по

основной образовательной программе высшего медицинского образования

(специалитет, ординатура – указать нужное)
по направлению подготовки (специальности) _____

(указать направление подготовки (специальность))
Договор об оказании платных образовательных услуг заключен с _____

(указать наименование образовательной организации)

от _____ N _____
(указать номер и дату договора об оказании платных образовательных услуг)

Уведомление о принятом решении прошу направить _____

(указать выбранный способ: посредством почтовой связи, электронной почты, заберу лично (нарочным), в форме электронного документа в личный кабинет федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" или краевого портала государственных и муниципальных услуг)

Настоящим даю министерству здравоохранения Красноярского края (660017 г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3) согласие на обработку моих персональных данных, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию моих персональных данных, необходимых для внесения в информационные системы министерства здравоохранения Красноярского края, передачи другим органам и организациям в целях осуществления контроля за прохождением мною обучения по основной образовательной программе высшего медицинского образования специалитета (ординатуры) и выполнения трудовых функций в медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Красноярского края и определенной названным министерством.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, сведения о документе, удостоверяющем личность, семейное положение, адрес места жительства (пребывания), номер телефона, адрес электронной почты, сведения об образовании, о дополнительной подготовке, об итогах промежуточной аттестации, о договоре о подготовке в государственной образовательной организации высшего медицинского образования или научной организации, расположенной на территории Красноярского края, осуществляющей образовательную деятельность по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам высшего медицинского образования и дополнительным профессиональным программам, с применением образовательного сертификата по программе специалитета или ординатуры (далее – договор).

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения мною обязательств, предусмотренных договором.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Приложение: 1. _____
2. _____
3. _____

"__" _____ 20__ года

подпись, расшифровка подписи

Угловой штамп образовательной организации

Министру здравоохранения Красноярского
края

Заявка
медицинской организации, подведомственной министерству
здравоохранения Красноярского края, на профессиональную
переподготовку или на повышение квалификации медицинского
работника (медицинских работников) в качестве
слушателя (слушателей)

(наименование медицинской организации,
подведомственной министерству здравоохранения
Красноярского края)

Фамилия, имя, отчество медицинского работника	Должность медицинского работника	Название планируемой к освоению программы повышения квалификации/проф ессиональной переподготовки	Объем планируемой к освоению программы повышения квалификации/проф ессиональной переподготовки (часов)	Период обучения
1	2	3	4	5

(подпись руководителя медицинской
организации)

(_____)
(расшифровка подписи)