



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

20 Мар 2022

г. Барнаул

№ 270

О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения
Алтайского края от 09.09.2021 № 484

Приказываю:

Внести в приказ Министерства здравоохранения Алтайского края от 09.09.2021 № 484 «Об утверждении Порядка заключения договора о целевом обучении и предоставления мер материального стимулирования обучающимся по программам среднего профессионального образования» (в ред. от 30.11.2021 № 704) следующие изменения:

абзац третий пункта 3 указанного приказа дополнить словами «и в отделения скорой медицинской помощи городских и районных, в том числе центральных, больниц»;

в Порядке заключения договора о целевом обучении и предоставления мер материального стимулирования обучающимся по программам среднего профессионального образования, утвержденном указанным приказом (далее – «Порядок»):

пункт 1 дополнить словами «и отделений скорой медицинской помощи городских и районных, в том числе центральных, больниц»,

пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. Основанием предоставления выплаты является договор о целевом обучении, который заключается между гражданином и медицинской организацией, имеющей потребность в медицинских работниках по специальности «Лечебное дело» для трудоустройства в фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские здравпункты) и в отделения скорой медицинской помощи городских и районных, в том числе центральных, больниц, перечень которых публикуется ежегодно на официальном сайте Минздрава Алтайского края в сети Интернет не позднее 10 сентября (далее – «договор», «медицинская организация»).»;

приложение 4 к Порядку изложить в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

Министр

Д.В. Попов

ПРИЛОЖЕНИЕ
к приказу Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 20.05. 2022 № 270

Заявка о заключении договора о целевом обучении
по программе среднего профессионального образования по специальности «Лечебное дело» в 20__ г.
КГБУЗ «_____»
(наименование медицинской организации)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина	Дата, месяц, год рождения	Наименование образовательной организации	Курс, на котором обучается гражданин	Место трудоустройства (наименование фельдшерско- акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) либо отделение скорой медицинской помощи)	Дата регистрации заявления о заключении договора о целевом обучении по программе среднего профессионального образования по специальности «Лечебное дело»

Главный врач медицинской организации

_____/_____
(подпись) (фамилия инициалы)

«__» _____ 20__ г.
Исполнитель (ФИО, телефон)