



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

**П Р И К А З**

08 августа 2022

г. Барнаул

№ 428

Об утверждении Порядка предоставления компенсации расходов на оплату обучения по программам профессиональной переподготовки

В целях реализации статьи 7 закона Алтайского края «О регулировании отдельных отношений в сфере обеспечения кадрами медицинских организаций государственной системы здравоохранения Алтайского края» от 30.06.2022 № 45-ЗС, приказываю:

1. Утвердить Порядок предоставления компенсации расходов на оплату обучения по программам профессиональной переподготовки (приложение).

2. Настоящий приказ распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.07.2022.

Министр

Д.В. Попов

## ПРИЛОЖЕНИЕ

## УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здраво-  
охранения Алтайского краяот 08.08. 2022 № 428

## ПОРЯДОК

предоставления компенсации расходов на оплату обучения  
по программам профессиональной переподготовки

1. Порядок предоставления компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки (далее – «Порядок») регулирует вопросы компенсации расходов на оплату обучения (далее – «компенсация») лицу, проходящему за счет собственных средств обучение по программам профессиональной переподготовки и желающему трудоустроиться после окончания обучения в краевую медицинскую организацию (далее – «медицинская организация») на должность медицинского работника в соответствии с полученной специальностью (далее – «соискатель»).

2. Основанием предоставления компенсации является договор о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки за счет средств работодателя, который заключается между соискателем и медицинской организацией (далее – «договор о компенсации»).

Выбор соискателем медицинской организации для заключения договора о компенсации осуществляется самостоятельно.

4. Компенсация предоставляется в размере фактически понесенных соискателем расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки в соответствии с договором об оказании платных образовательных услуг, но не более 50 тысяч рублей за весь период обучения.

5. Для оформления договора о компенсации соискатель в течение периода обучения по программе профессиональной переподготовки, представляет в медицинскую организацию следующие документы:

а) заявление (приложение 1 к настоящему Порядку) о заключении договора о компенсации (далее – «заявление»);

б) согласие на обработку персональных данных (приложение 2 к настоящему Порядку);

в) копии:

документа, удостоверяющего личность;

договора об оказании платных образовательных услуг (копия, не заверенная нотариально либо образовательной организацией, представляется с предъявлением оригинала и заверяется лицом, осуществляющим прием документов);

документов об образовании и квалификации в сфере здравоохранения;

г) платежные документы, подтверждающие перечисление соискателем средств на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки.

Документы представляются соискателем на бумажном носителе лично либо направляются почтовым отправлением с уведомлением о вручении и описью вложения.

В случае, если документы представлены не в полном объеме, медицинская организация возвращает указанные документы с уведомлением о причине возврата в течение 2 рабочих дней со дня поступления документов. При устранении недостатков документы могут быть поданы повторно в течение периода обучения.

6. Медицинская организация для заключения договора о компенсации в течение 10 рабочих дней со дня поступления документов формирует заявку (приложение 3 к настоящему Порядку) о заключении договора о компенсации и финансовом обеспечении расходов, связанных с предоставлением компенсации, (далее – «заявка») на бумажном носителе и направляет ее в Министерство здравоохранения Алтайского края (далее – «Минздрав Алтайского края»).

7. Минздрав Алтайского края в течение 10 рабочих дней со дня поступления заявки от медицинской организации:

рассматривает заявку;

принимает решение о возможности заключения договора о компенсации либо об отказе в его заключении, которое оформляется приказом;

уведомляет о принятом решении медицинскую организацию в течение 2 рабочих дней с даты его принятия.

8. Основанием для отказа в заключении договора о компенсации является несоответствие соискателя требованиям, установленным в пункте 1 настоящего Порядка.

9. Медицинская организация уведомляет о принятом решении (о возможности заключения договора о компенсации либо об отказе в его заключении) соискателя способом, указанным в заявлении, в течение 2 рабочих дней с даты получения уведомления Минздрава Алтайского края.

10. В случае принятия решения о возможности заключения договора о компенсации:

10.1. Медицинская организация в течение 10 рабочих дней с даты получения уведомления Минздрава Алтайского края заключает с соискателем договор о компенсации (приложение 4 к настоящему Порядку), содержащий условия осуществления трудовой деятельности по основному месту работы в медицинской организации в должности медицинского работника в соответствии с полученной специальностью на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной для данной категории должностей в течение трех лет и продлением этого срока на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

10.2. Минздрав Алтайского края в течение одного месяца с даты принятия решения перечисляет компенсацию на счет медицинской организации на основании соглашения о предоставлении субсидии на иные цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания, заключенного с медицинской организацией.

10.3. Медицинская организация в течение 10 рабочих дней с даты поступления компенсации на счет медицинской организации перечисляет ее соискателю на счет, открытый в российской кредитной организации, либо через отделение федеральной почтовой связи.

11. В случае наступления оснований для возврата полученных средств компенсации соискателем, предусмотренных статей 207 Трудового кодекса Российской Федерации, медицинская организация в течение 5 рабочих дней обязана уведомить об этом Минздрав Алтайского края. Возврат указанных средств осуществляется медицинской организацией путем их перечисления на счет Минздрава Алтайского края в течение 10 рабочих дней со дня их возврата соискателем на счет медицинской организации.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки**

Главному врачу КГБУЗ « \_\_\_\_\_ »

(фамилия инициалы)

от \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(когда и кем выдан)

место регистрации \_\_\_\_\_

место фактического проживания \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

**заявление**

**о заключении договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки**

Прошу заключить со мной договор о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки по специальности \_\_\_\_\_

(наименование специальности)

Договор об оказании платных образовательных услуг от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
заключен с \_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

Способ выплаты компенсации (отметить выбранный):

1. Через российскую кредитную организацию на счет  
№ \_\_\_\_\_,  
открытый в \_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты кредитной организации)

2. Через отделение федеральной почтовой связи по адресу: \_\_\_\_\_

Уведомление о принятом решении прошу направить \_\_\_\_\_

(способ: посредством почтовой связи (адрес), по электронной почте (адрес))

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия инициалы)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью соискателя)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(дата) (кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие КГБУЗ «\_\_\_\_\_» (далее – «Оператор»)

(наименование медицинской организации)

на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (а именно, предоставление, доступ) другим органам и организациям, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество,

дата и место рождения,

гражданство;

адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан);

номер телефона;

почтовый адрес;

адрес электронной почты;

банковские реквизиты;

сведения о документах об образовании и квалификации в сфере здравоохранения;

сведения о договоре об оказании платных образовательных услуг.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю в целях заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки и исполнения обязательств по такому договору.

Согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания в течение всего действия вышеуказанного договора и обязательств по такому договору.

Настоящее согласие может быть отозвано на основании письменного заявления в адрес Оператора в произвольной форме.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия инициалы)

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки**

**Заявка о заключении договора о компенсации расходов на оплату обучения  
по программе профессиональной переподготовки  
и финансовом обеспечении расходов, связанных с предоставлением компенсации в 20\_\_ г.  
КГБУЗ «\_\_\_\_\_»  
(наименование медицинской организации)**

| №<br>п/п | Фамилия, имя,<br>отчество (послед-<br>нее - при нали-<br>чии) соискателя | Дата,<br>месяц,<br>год рож-<br>дения | Наименование<br>специальности по<br>программе про-<br>фессиональной<br>переподготовки,<br>на которой обуча-<br>ется соискатель | Сведения о заключении со-<br>искателем договора об ока-<br>зании платных образова-<br>тельных услуг по программе<br>профессиональной перепод-<br>готовки (реквизиты и<br>наименование образова-<br>тельной организации) | Стоимость обучения по<br>программе профессио-<br>нальной переподготовки в<br>соответствии с договором<br>об оказании платных об-<br>разовательных услуг по<br>программе профессио-<br>нальной переподготовки | Размер средств, пере-<br>численных соискате-<br>лем на оплату обуче-<br>ния по программе<br>профессиональной<br>переподготовки, в со-<br>ответствии с платеж-<br>ными документами | Сумма заявки о<br>финансовом обес-<br>печении расходов,<br>связанных с<br>предоставлением<br>компенсации |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                                          |                                      |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                          |

Главный врач медицинской организации

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия инициалы)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Исполнитель (ФИО, телефон)

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА ДОГОВОРА о компенсации расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(место заключения договора)

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
« \_\_\_\_\_ »  
далее «Медицинская организация», в лице главного врача \_\_\_\_\_,  
действующего на основании Устава, с одной стороны,  
и \_\_\_\_\_,  
(ФИО)  
дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_,  
(кем)  
дата выдачи \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) \_\_\_\_\_,  
именуемый(ая) в дальнейшем «Соискатель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Алтайского края от 08.08.22 № 428 «Об утверждении Порядка предоставления компенсации расходов на оплату обучения по программам профессиональной переподготовки» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

#### 1.1. В соответствии с настоящим Договором:

Соискатель обязуется освоить программу профессиональной переподготовки по специальности \_\_\_\_\_, реализуемой в образовательной организации \_\_\_\_\_

(далее – программа профессиональной переподготовки), успешно пройти первичную специализированную аккредитацию и заключить трудовой договор с Медицинской организацией о работе в должности \_\_\_\_\_.

Медицинская организация обязуется предоставить Соискателю компенсацию расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки (далее – компенсация) в размере фактически понесенных Соискателем расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки, но не более 50 000 (пятидесяти тысяч) рублей за весь период обучения, и обеспечить трудоустройство Соискателя в соответствии с полученной специальностью.

### 2. Обязательства Сторон

#### 2.1. Соискатель обязуется:

2.1.1. Освоить программу профессиональной переподготовки, указанную в пункте

1.1 настоящего Договора.

2.1.2. Письменно уведомить Медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных, банковских реквизитов и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в течение пяти рабочих дней со дня возникновения указанных изменений.

2.1.3. Заключить не позднее чем через 15 календарных дней со дня допуска к профессиональной деятельности трудовой договор с Медицинской организацией о работе в должности, указанной в пункте 1.1 настоящего Договора, и в течение трех лет выполнять трудовые функции по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, с условием его продления на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

2.1.4. Возвратить полученные средства компенсации в полном объеме в случаях:

а) неисполнения Соискателем в срок не позднее чем через 15 календарных дней со дня допуска к профессиональной деятельности (прохождения аккредитации специалиста) обязательства по заключению трудового договора с Медицинской организацией, предусматривающего работу в должности врача, указанной в пункте 1.1 настоящего Договора, по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, за исключением неисполнения данного обязательства по обстоятельствам, не зависящим от воли Соискателя и возникшим не ранее даты заключения настоящего Договора (наличие заболеваний, препятствующих трудоустройству в Медицинскую организацию; признание Соискателя в установленном порядке инвалидом I или II группы), а также смерть Соискателя;

б) расторжения или прекращения трудового договора (контракта), заключенного Соискателем с Медицинской организацией, до истечения трех лет с даты его заключения, за исключением случаев прекращения трудового договора (контракта) по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81, пунктами 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации;

в) прекращения трудового договора (контракта), заключенного Соискателем с Медицинской организацией, до истечения трех лет с даты его заключения в связи с призывом Соискателя на военную службу или направления на замещающую ее альтернативную гражданскую службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) в случае отказа Соискателя от продления срока действия настоящего Договора на период неисполнения функциональных обязанностей.

Возврат средств компенсации производится Соискателем путем перечисления денежных средств на расчетный счет \_\_\_\_\_

в срок не позднее 30 дней с даты наступления одного из случаев, указанных в настоящем пункте.

В случае невозврата Соискателем полученных средств компенсации в установленный срок Медицинская организация взыскивает указанные средства в судебном порядке.

2.2. Медицинская организация обязуется:

2.2.1. Выплатить Соискателю компенсацию способом \_\_\_\_\_

2.2.2. Обеспечить трудоустройство Соискателя в соответствии с полученной специальностью.

### 3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

### 4. Заключительные положения

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

4.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

### 5. Подписи Сторон

Медицинская организация

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Соискатель

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (ФИО)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(фамилия инициалы) (подпись)

М.п.