

ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

05.07.2014

№

г. Екатеринбург

**Об утверждении Порядка учета добровольческой деятельности для лиц,
имеющих высшее медицинское или фармацевтическое образование**

В соответствии с Методическими рекомендациями по учету добровольческой деятельности при поступлении в ординатуру Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок учета добровольческой деятельности для лиц, имеющих высшее медицинское или фармацевтическое образование (приложение).
2. Начальнику отдела территориального развития Министерства здравоохранения Свердловской области Н.В. Трошковой обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Министерства здравоохранения Свердловской области в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в разделе «Взаимодействие с СО НКО и волонтерскими организациями».
3. Настоящий приказ направить для официального опубликования на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru) в течение десяти дней с момента подписания.
4. Настоящий приказ в течение трех дней с момента подписания направить в Управление выпуска правовых актов Губернатора Свердловской области и Правительства Свердловской области для размещения на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru).
5. Копию настоящего приказа направить в прокуратуру Свердловской области и Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области в течение семи дней после дня первого официального опубликования.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Д.А. Демидова.

Министр

А.А. Карлов

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 05.07.2022 № 1492-2

**Порядок учета добровольческой деятельности для лиц,
имеющих высшее медицинское или фармацевтическое образование**

1. Право на получение справки, подтверждающей участие в добровольческой деятельности в сфере здравоохранения (приложение № 1 к настоящему порядку), имеют лица, имеющие высшее медицинское или фармацевтическое образование, и участвующие в добровольческой деятельности в объеме более 300 часов за 2 года, предшествующие поступлению в ординатуру (при этом последний факт волонтерской деятельности должен быть зафиксирован не ранее 1 января года поступления в ординатуру).

2. Справка с порядковым номером и датой выдачи оформляется на официальном бланке Министерства здравоохранения Свердловской области (далее – Министерство) за подписью Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области, курирующего взаимодействие с волонтерскими организациями, по ходатайству СвРО ВОД «Волонтеры-медики», верифицированного в качестве организатора добровольческой деятельности в разделе «Здравоохранение и ЗОЖ» в Единой информационной системе ДОБРО.РФ.

3. Документы для получения справки представляются в Министерство лично либо с курьером по почте по адресу: 620075, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Тургенева, д. 19, кабинет 404.

4. Перечень документов, представляемых заявителем в Министерство для получения справки:

1) заявление на получение справки, подтверждающей участие в добровольческой деятельности в сфере здравоохранения (приложение № 2 к настоящему порядку);

2) документы, удостоверяющие личность заявителя;

3) справка, подтверждающая место работы, должность, стаж работы, подписанная руководителем учреждения и заверенная печатью учреждения (при наличии);

4) копии документов, подтверждающих наличие высшего медицинского или фармацевтического образования;

5) характеристика на волонтера (приложение № 3 к настоящему порядку), срок действия – 2 года с момента выдачи;

6) документы, подтверждающие участие волонтера в добровольческой деятельности с указанием количества часов, от СвРО ВОД «Волонтеры-медики», верифицированного в качестве организатора добровольческой деятельности в разделе «Здравоохранение и ЗОЖ» в Единой информационной системе ДОБРО.РФ.

7) ходатайство организатора добровольческой деятельности (при наличии).

5. Ответственный за развитие добровольчества и взаимодействие с волонтерским сообществом сотрудник Министерства ведет журнал регистрации входящих заявлений на получение справки, подтверждающей участие в добровольческой деятельности в сфере здравоохранения (приложение № 4 к настоящему порядку) в электронном виде.

6. Справка выдается ответственным за развитие добровольчества и взаимодействие с волонтерским сообществом Заместителем Министра здравоохранения Свердловской области до 15 июля (включительно) и действительна в течение года с момента выдачи.

7. Реестр выданных справок ведется сотрудником Министерства в сфере охраны здоровья, ответственный за взаимодействие с волонтерскими организациями (приложение № 5 к настоящему порядку).

8. Ответственный за развитие добровольчества и взаимодействие с волонтерским сообществом сотрудник Министерства здравоохранения Свердловской области в сфере охраны здоровья направляет реестр выданных справок в адрес Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества Министерства здравоохранения Российской Федерации в срок не позднее 3 (рабочих) дней со дня окончания выдачи справок.

**Справка об участии в добровольческой деятельности
в сфере здравоохранения №__от дд.мм.гггг**

.....
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

.....
(должность, место работы)

.....
(дата рождения в формате дд.мм.гггг)

активно участвовал(а) в добровольческой деятельности в период с
и имеет общий объем добровольческой деятельности в объеме более 300 часов
и общий стаж добровольческой деятельности более 2 лет, предшествующих
поступлению в ординатуру (суммарное количество часов).

Срок действия — 1 год с даты выдачи.

Заместитель Министра

И.О. Фамилия

М.П.

Приложение № 2 к Порядку

Заместителю Министра здравоохранения
Свердловской области
Д.А. Демидову

от _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающего(ей) по адресу _____

контактный телефон _____

Заявление

Прошу выдать мне, _____
(Ф.И.О.)

паспорт _____ выданный _____

«__» _____
(должность, место работы)

справку, подтверждающую участие в добровольческой деятельности в сфере здравоохранения.

Прилагаемые документы:

(Ф.И.О. заявителя)

(подпись заявителя)

(дата)

Заявление и прилагаемые к нему документы приняты

в _____ час. _____ мин.

«__» _____ 20__ года

(должность и Ф.И.О. лица, принявшего заявление)

(подпись должностного лица,
принявшего заявление)

Приложение № 3 к Порядку

ХАРАКТЕРИСТИКА №___от дд.мм.гггг

ФИО волонтера:

Период волонтерской деятельности:

Личные качества волонтера:

.....

.....

.....

Виды добровольческой деятельности:

1. Содействие в оказании медицинской помощи, медицинского специального и общего ухода.
2. Содействие популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний, включая социально значимые.
3. Содействие популяризации кадрового донорства крови и ее компонентов.
4. Содействие в обучении и оказании первой помощи (помощь в медицинском сопровождении массовых мероприятий).
5. Содействие профориентации школьников в медицину.
6. Информационная, консультационная, психологическая, просветительская, досуговая и иная поддержка пациентов и их родственников.

**необходимость оставить те виды добровольческой (волонтерской) деятельности, которым(и) занимался волонтер*

Перечень функциональных обязанностей волонтера, решенных задач в рамках видов добровольческой (волонтерской) деятельности:

.....

.....

Перечень приобретенных волонтером навыков и умений:

.....

.....

Срок действия – 2 года с даты выдачи.

Должность

подпись

И.О. Фамилия

«___» 20__ г.

М.П.

Приложение № 4 к Порядку

Журнал регистрации входящих заявлений для выдачи справок лицам, имеющим высшее медицинское или фармацевтическое образование, об участии в добровольческой деятельности в сфере здравоохранения

№	ФИО полностью, контакты	Дата рождения	Место работы/ должность	Перечень документов	Дата приема документов	ФИО сотрудника, принявшего документы

Реестр выданных справок лицам, имеющим высшее медицинское или фармацевтическое образование, об участии в добровольческой деятельности в сфере здравоохранения

№	ФИО полностью, контакты	Дата рождения	№ справки	Место работы/ должность	Дата выдачи	Направлени е добровольче ской деятельност и	Общее кол-во часов	Наличие ходатайства от СвРО ВОД «Волонтеры- медики»