

# ПРАВИТЕЛЬСТВО ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 05.09.2018 № 654-п  
г. Ярославль

Об утверждении Порядка предоставления в 2018 году выплат студентам последних курсов, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области

В целях реализации постановления Правительства области от 07.03.2018 № 142-п «Об утверждении областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы»

ПРАВИТЕЛЬСТВО ОБЛАСТИ ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок предоставления в 2018 году выплат студентам последних курсов, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.

2. Контроль за исполнением постановления возложить на заместителя Председателя Правительства области, курирующего вопросы здравоохранения, труда и социальной защиты, семейной и демографической политики.

3. Постановление вступает в силу через 10 дней с момента его официального опубликования.

Председатель  
Правительства области

Д.А. Степаненко

УТВЕРЖДЕН  
постановлением  
Правительства области  
от 05.09.2018 № 654-п

## ПОРЯДОК

**предоставления в 2018 году выплат студентам последних курсов, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области**

1. Порядок предоставления в 2018 году выплат студентам последних курсов, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – Порядок), разработан в целях реализации мероприятий областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы, утвержденной постановлением Правительства области от 07.03.2018 № 142-п «Об утверждении областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы», и определяет условия и порядок предоставления выплаты студентам последних курсов, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – выплата).

2. Выплата устанавливается в размере 19 500 рублей и предоставляется студентам шестого курса лечебного и педиатрического факультетов, студентам пятого курса фармацевтического и стоматологического факультетов, факультета клинической психологии и социальной работы федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ЯГМУ), обучающимся в рамках целевой подготовки, заключившим договор о целевом обучении с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – департамент), получившим отметки «отлично» и «хорошо» по итогам летней и зимней сессий.

3. Выплата производится департаментом по итогам летней сессии 5 курса, зимней сессии 6 курса студентам лечебного и педиатрического факультетов, по итогам летней сессии 4 курса, зимней сессии 5 курса студентам фармацевтического и стоматологического факультетов, факультета

клинической психологии и социальной работы к 01 ноября и к 01 апреля соответствующего года.

4. Для получения выплаты студент не позднее 25 сентября и 25 февраля соответственно представляет в департамент следующие документы:

4.1. Заявление о предоставлении выплаты по форме согласно приложению 1 к Порядку.

4.2. Справка ЯГМУ, подтверждающая обучение студента на шестом курсе лечебного или педиатрического факультета ЯГМУ, на пятом курсе фармацевтического или стоматологического факультета, факультета клинической психологии и социальной работы ЯГМУ, датированная месяцем подачи в департамент заявления о предоставлении выплаты.

4.3. Копия зачетной книжки студента, заверенная ЯГМУ.

4.4. Копии всех заполненных страниц паспорта с предъявлением оригинала.

4.5. Согласие на обработку персональных данных по формам согласно приложениям 2 и 3 к Порядку.

4.6. Копия документа, подтверждающего наличие лицевого счета в кредитной организации.

5. Заявление о предоставлении выплаты регистрируется в отделе правовой и организационно-кадровой работы департамента в день поступления. В течение 3 рабочих дней с момента регистрации отдел правовой и организационно-кадровой работы департамента проверяет представленные документы на комплектность, правильность оформления, проверяет соответствие студента требованиям пункта 2 Порядка, готовит приказ департамента о предоставлении выплаты или об отказе в предоставлении выплаты. Департамент вправе проверять достоверность представляемых сведений путем направления соответствующего запроса в ЯГМУ.

6. Решение о предоставлении выплаты или об отказе в предоставлении выплаты оформляется приказом департамента в течение 5 рабочих дней с момента регистрации заявления о предоставлении выплаты.

7. В случае принятия решения о предоставлении выплаты департамент производит выплату в течение 30 календарных дней со дня издания приказа путем безналичного перечисления на лицевой счет студента, открытый в кредитной организации.

8. В случае принятия решения об отказе в предоставлении выплаты департамент в течение 3 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения направляет студенту письменное уведомление с указанием причины отказа.

9. Основанием для принятия решения об отказе в предоставлении выплаты является несоблюдение требований, предусмотренных пунктами 2 и 4 Порядка, или представление документов, содержащих недостоверные сведения.

10. Студент вправе в установленном законодательством порядке обжаловать решение департамента об отказе в предоставлении выплаты.

Приложение 1  
к Порядку

Форма

В департамент  
здравоохранения и фармации  
Ярославской области

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина)  
проживающего по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении выплаты студентам последних курсов,  
обучающимся в образовательных организациях, подведомственных  
Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках  
целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному  
с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области**

Прошу предоставить мне как студенту федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ЯГМУ)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(курс, факультет)

обучающемуся в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – департамент), от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_, выплату студентам последних курсов, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом (далее – выплата), в размере 19 500 рублей.

Выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

получатель \_\_\_\_\_  
банк получателя \_\_\_\_\_  
счет получателя \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_  
к/с \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю следующие документы:

- справка ЯГМУ, подтверждающая обучение студента на шестом курсе лечебного или педиатрического факультета ЯГМУ, на пятом курсе фармацевтического или стоматологического факультета, факультета клинической психологии и социальной работы ЯГМУ, датированная месяцем подачи в департамент заявления о предоставлении выплаты;
- копия зачетной книжки студента, заверенная ЯГМУ;
- копии всех заполненных страниц паспорта с предъявлением оригинала;
- согласие на обработку персональных данных;
- копия документа, подтверждающего наличие лицевого счета в кредитной организации.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Приложение 2  
к Порядку

Форма

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)  
\_\_\_\_\_  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку в департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство; номер лицевого счета в кредитной организации; информация о моем обучении в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ЯГМУ), об успеваемости.

Я даю согласие на использование моих персональных данных исключительно в целях назначения мне выплаты студентам последних курсов, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области, посредством ручной обработки и занесения данных в электронные информационные системы.

Настоящее согласие предоставляется мной для достижения указанных целей и распространяется на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) (в том числе ЯГМУ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что департамент здравоохранения и фармации Ярославской области гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом.

Настоящее согласие действует до достижения целей обработки

персональных данных или в течение срока хранения информации.

Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Настоящим согласием я подтверждаю, что действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Приложение 3  
к Порядку

Форма

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)  
\_\_\_\_\_  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями части 3 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие государственному учреждению Ярославской области «Центр бухгалтерского учета», расположенному по адресу: ул. Максимова, д. 7, г. Ярославль, 150000, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации (на бумажных носителях) обработку и передачу персональных данных.

Предоставляю государственному учреждению Ярославской области «Центр бухгалтерского учета» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, передачу, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», мне разъяснены мои права и обязанности, связанные с обработкой и передачей персональных данных.

Настоящим согласием я подтверждаю, что действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)