

Министру здравоохранения  
Республики Башкортостан  
А.А. Бакирову

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

(серия, номер)

(кем и когда выдан паспорт)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

## **ЗАЯВЛЕНИЕ** **о предоставлении мер социальной поддержки**

Прошу Вас предоставить мне меры социальной поддержки в соответствии с постановлением Правительства Республики Башкортостан от 30 ноября 2017 года № 566 «Об утверждении порядка предоставления мер социальной поддержки лицам, обучающимся на основании договора о целевом обучении для последующего трудоустройства в медицинские организации Республики Башкортостан».

Прилагаю следующие документы:

- копию документа, удостоверяющего личность;
- справку, подтверждающую наличие образовательных отношений между мной и образовательной организацией, указанной в договоре о целевом обучении;
- номер лицевого счета, открытого в кредитной организации, для последующего перечисления денежных средств.

В случаях возникновения оснований для приостановления (нахождение в академическом отпуске; нахождение в отпуске по уходу за ребенком на весь соответствующий период) или прекращения (отчисление из образовательной организации независимо от причины отчисления; расторжение по инициативе обучающегося до окончания обучения договора о целевом обучении; прекращение действия договора о целевом обучении) предоставления мер социальной поддержки, обязуюсь в течение 5 рабочих дней со дня возникновения оснований в письменной форме уведомить об этом Минздрав РБ и в течение 3 месяцев перечислить на лицевой счет Минздрава РБ в полном объеме средства, связанные с предоставлением мер социальной поддержки, а также выплатить штраф в двукратном размере относительно указанных расходов.

Настоящим выражаю добровольное согласие на использование, обработку и хранение моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для предоставления мне мер социальной поддержки на условиях договора о целевом обучении, заключенного с Минздравом РБ \_\_\_\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. \_\_\_\_\_

(подпись заявителя)