

Министру здравоохранения  
Красноярского края

Б.М. Немику

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)  
работника)

\_\_\_\_\_

(должность, наименование медицинской организации)

проживающего (ей) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(адрес фактического проживания с указанием района и  
населенного пункта)

\_\_\_\_\_

(адрес регистрации (в случае, если не совпадает с адресом  
фактического проживания))

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(когда и кем выдан)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату  
в связи с прибытием (переездом) в населенный пункт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать населенный пункт и район)

для работы в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать наименование медицинской организации и структурного подразделения)

Способ перечисления единовременной компенсационной выплаты  
(отметить выбранный):

1. Через отделение федеральной почтовой связи по адресу:

\_\_\_\_\_

2. Через российскую кредитную организацию на счет

\_\_\_\_\_, открытый

(указать реквизиты счета)

В \_\_\_\_\_

(указать наименование и реквизиты российской кредитной организации)

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

\_\_\_\_\_

(указать каким способом: посредством почтовой связи, электронной почты)

Настоящим в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю министерству здравоохранения Красноярского края, расположенному по адресу: 660017 г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3 (далее – министерство), согласие на обработку моих персональных данных, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию моих персональных данных, необходимых для внесения в Единую государственную информационную систему социального обеспечения, информационные системы министерства, передачи другим органам и организациям в целях осуществления контроля за выполнением мною трудовых функций в медицинской организации, определенной договором о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования, фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, сведения о документе, удостоверяющем личность, семейное положение, адрес места жительства (пребывания), номер телефона, адрес электронной почты, сведения об образовании, о дополнительной подготовке, о договоре о предоставлении единовременной компенсационной выплаты, о дополнительном соглашении к договору о продлении срока его действия, о расчетном счете, открытом в российской кредитной организации, необходимом для осуществления единовременной компенсационной выплаты.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения мною обязательств, предусмотренных договором о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Приложение (отметить необходимое):

1. Копия паспорта гражданина РФ.
2. Копия диплома специалиста.
3. Копия диплома об окончании интернатуры (ординатуры).
4. Копия сертификата специалиста.
5. Копия выписки из протокола об аккредитации.
6. Копия СНИЛС.
7. Копия ИНН.
8. Копия свидетельства о заключении (расторжении) брака.
9. Копия трудового договора.
10. Копия трудовой книжки.
11. Справка об отсутствии финансовых обязательств по договору.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
подпись, расшифровка подписи