Приложение № 1

к административному регламенту

предоставления муниципальной услуги

«Предоставление ежемесячных денежных выплат

гражданам, замещающим отдельные должности врачей-специалистов в государственных учреждениях здравоохранения Самарской области, расположенных на территории городского округа Тольятти»

В администрацию городского округа Тольятти

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

фактически проживающего(ей) по адресу:

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

Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа)

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

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

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу предоставить ежемесячную денежную выплату гражданам, замещающим отдельные должности врачей-специалистов в государственных учреждениях здравоохранения Самарской области, расположенных на территории городского округа Тольятти, на мой счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытый в кредитной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование кредитной организации)

С \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ работаю в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование учреждения здравоохранения)

в соответствии со штатным расписанием замещаю в данном учреждении на условиях трудового договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ должность врача-специалиста: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование должности)

Работа в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения здравоохранения)

является моей основной работой, не осуществляется в рамках оказания учреждением здравоохранения услуг за плату и направлена на оказание специализированной медицинской помощи пациентам.

Уведомлен(а) о порядке предоставления и основаниях прекращения названной ежемесячной денежной выплаты, а также об обязанности сообщить в МАУ «МФЦ» о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления данной ежемесячной денежной выплаты.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

Приложение № 2

к административному регламенту

предоставления муниципальной услуги

«Предоставление ежемесячных денежных выплат

гражданам, замещающим отдельные должности врачей-специалистов в государственных учреждениях здравоохранения Самарской области, расположенных на территории городского округа Тольятти»

Согласие

на обработку персональных данных

(в соответствии с требованиями Федерального закона

от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

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

Документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

даю свое согласие на обработку на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом, при участии и при непосредственном участии человека, моих персональных данных: Ф.И.О., телефон, адрес регистрации, паспортные данные, другие сведения, необходимые для предоставления дополнительных мер социальной поддержки за счет средств бюджета городского округа Тольятти.

Настоящее согласие предоставляется на действия (операции) с персональными данными, включая сбор информации, в том числе, используя информационные системы органов государственной власти и органов местного самоуправления, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Согласие действует до достижения цели обработки персональных данных.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись субъекта персональных данных)

Хранение персональных данных может реализовываться оператором, как на материальных носителях, так и путем включения данных сведений в информационные системы персональных данных, соблюдая требования защиты информации, согласно действующему законодательству.

Данное согласие может быть отозвано по письменному заявлению на имя оператора персональных данных.

|  |  |
| --- | --- |
| Операторы персональных данных | |
| Администрация городского округа Тольятти | Адрес:  445011, г.Тольятти, пл. Свободы, д. 4 |
| Муниципальное автономное учреждение городского округа Тольятти «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (МАУ «МФЦ») | Адрес:  445010, г.Тольятти, ул. Советская, д. 51а |
| Наименование учреждения здравоохранения | Адрес: |

Приложение № 3

к административному регламенту

предоставления муниципальной услуги

«Предоставление ежемесячных денежных выплат

гражданам, замещающим отдельные должности врачей-специалистов в государственных учреждениях здравоохранения Самарской области, расположенных на территории городского округа Тольятти»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Реквизиты учреждения здравоохранения |  |

С П Р А В К А

№ \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

в том, что он(она) работает в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование учреждения здравоохранения)

в соответствии со штатным расписанием замещает в данном учреждении на условиях трудового договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ должность врача-специалиста: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование должности)

Работа для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

является его основной работой, не осуществляется в рамках оказания учреждением здравоохранения услуг за плату и направлена на оказание специализированной медицинской помощи пациентам.

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

(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.