

П Р И К А З

27 марта 2023 года

г. Сочи

№ 114 - ОД

О приеме документов на целевое обучение в 2023 году

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 13.10.2020 № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования», приказом Министерства здравоохранения Краснодарского края от 05.04.2022 № 1923,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Установить в 2023 году следующие сроки подачи гражданами документов, необходимых для заключения договора о целевом обучении по образовательной программе высшего профессионального образования в пределах установленной квоты приема на целевое обучение:

– для поступающих по программам специалитета «Лечебное дело» или «Педиатрия» на базе среднего общего образования с 10.04.2023 по 25.07.2023;

– для поступающих по программам специалитета «Лечебное дело» или «Педиатрия» на базе среднего профессионального образования с 10.04.2023 по 19.07.2023;

– для поступающих по программам ординатуры «Инфекционные болезни» или «Педиатрия» с момента поступления квоты приема на целевое обучение по образовательным программам ординатуры за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета для министерства здравоохранения Краснодарского края на 2023/24 учебный год по 05.08.2023.

Сроки начала подачи и окончания приема документов могут быть изменены Министерством здравоохранения Краснодарского края.

2. Для заключения договора о целевом обучении гражданин (законный представитель гражданина) лично представляет следующие документы:

– копию паспорта гражданина (законного представителя гражданина);

– копию страхового свидетельства гражданина;

– копию документа государственного образца о среднем (полном) общем образовании, среднем профессиональном образовании либо высшим медицинском образовании с приложением (справку об обучении);

– реквизиты счета, открытого в финансово-кредитной организации;

– согласие на обработку персональных данных согласно приложению 1 к настоящему Приказу;

– согласие законного представителя - родителя, усыновителя или попечителя гражданина, заключающего договор о целевом обучении согласно

приложению 2 к настоящему Приказу.

3. Основанием для отказа в приеме документов является:

– предоставление документов, не соответствующих требованиям настоящего Приказа;

– представление документов, содержащих недостоверные сведения;

– нарушение срока подачи документов.

В случае предоставления неполного пакета документов, гражданин может повторно подать документы, при условии, что срок предоставления документов не истек.

4. Ответственным за работу по организации целевого обучения по образовательным программам высшего профессионального образования назначить начальника отдела кадров Рублеву А.В.


5. Работу по приему документов граждан, оформлению договоров, направлению на подписание в министерство здравоохранения Краснодарского края, а также учет договоров и мониторинг исполнения договорных обязательств возложить на юрисконсульта Смирнова А.Ю.

6. Начальнику отдела информационных технологий и инновационной деятельности Смирнову Е.В. обеспечить размещение настоящего приказа и приказа Министерства здравоохранения Краснодарского края от 05.04.2022 № 1923 на официальном сайте ГБУЗ «Инфекционная больница № 2 в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7. Признать утратившим силу с 27 марта 2023 года Порядок организации целевого обучения по образовательным программам высшего профессионального образования с целью последующего трудоустройства в ГБУЗ «Инфекционная больница № 2» утвержденный приказом главного врача от 08.06.2021 № 139-ОД.

8. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



В.Н. Городин

Юрисконсульт

 А.Ю. Смирнов

« »

Приложение 1
к приказу Главного врача
ГБУЗ «Инфекционная больница №2»
«27» марта 2023 года № 114-ОД

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя*))
регистрация по месту жительства по адресу: _____

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____

документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие министерству здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу: Российская Федерация, Краснодарский край, город Краснодар, улица Коммунаров, дом 276/1 (далее – министерство), государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Инфекционная больница № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края,

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Краснодарского края)
расположенному по адресу: _____ 354207, Краснодарский край, г. Сочи, Лазаревский район, с. Ордынка, Барановское шоссе, д. 17,
(адрес расположения медицинской организации)

(далее – медицинская организация) на обработку моих персональных данных

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя*)
персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка*

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования.

Предоставляю министерству здравоохранения Краснодарского края, медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Министерство здравоохранения Краснодарского края, медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Краснодарского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

(подпись гражданина)

(фамилия, инициалы)

(дата)

Законный представитель*:

(подпись гражданина)

(фамилия, инициалы)

(дата)

* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 2
к приказу Главного врача
ГБУЗ «Инфекционная больница №2»
«27» марта 2023 года № 114-ОД

СОГЛАСИЕ
законного представителя – родителя, усыновителя или попечителя
гражданина, заключающего договор о целевом обучении

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя гражданина)
регистрация по месту жительства по адресу: _____

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____

документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие моему несовершеннолетнему ребенку

_____ (полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего гражданина)
на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе
высшего образования по специальности

(код наименования специальности)

с министерством здравоохранения Краснодарского края, государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Инфекционная больница № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края, 354207, Краснодарский край, г. Сочи, Лазаревский район, с. Ордынка, Барановское шоссе, д. 17 _____,

(наименование учреждения здравоохранения Краснодарского края, адрес)

в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 350063, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4 _____.

(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, адрес)

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Инфекционная больница № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края, 354207, Краснодарский край, г. Сочи, Лазаревский район, с. Ордынка, Барановское шоссе, д. 17 _____,

(наименование учреждения здравоохранения Краснодарского края, адрес)

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

Законный представитель:

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(дата)

* Настоящее согласие является неотъемлемой частью договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования несовершеннолетнего гражданина и учреждения здравоохранения Краснодарского края, указанного в настоящем согласии.