Главному врачу БУЗ ВО

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

от *Ф. И.О., должность,*

*место работы*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить со мной договор и перечислить единовременную компенсационную выплату в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей на бан­ковский счет:

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кор.счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ранее проживал(а):

адрес проживания после переезда:

Приложение: *(оставить только то, что прилагается)*

 - копия паспорта медицинского работника;

 - копия документа государственного образца о высшем (для врача) или среднем профессиональном (для фельдшера, акушерки, медицинской сестры) образовании;

 - копия действующего сертификата специалиста (в случае если документом, подтверждающим право медицинского работника на осуществление медицинской деятельности, является сертификат специалиста);

 - копия действующего свидетельства об аккредитации специалиста или копия выписки о прохождении аккредитации (при наличии);

 - копия трудовой книжки медицинского работника и (или) сведения о трудовой деятельности в соответствии со статьей 66.1 Трудового кодекса Российской Федерации;

 - копия трудового договора с медицинской организацией;

 - письмо за подписью руководителя медицинской организации, подтверждающее, что на дату заключения трудового договора с медицинским работником укомплектованность штата медицинской организации составляла менее 60 процентов - в случае, когда медицинский работник имеет неисполненные обязательства по договору о целевом обучении, заключенному с другой медицинской организацией.

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

 (дата) (подпись)

Неисполненные обязательства по договору о целевом обучении имеются / не имеются *(нужное подчеркнуть, ненужное вычеркнуть)*

 Согласен на проведение в отношении меня проверочных мероприятий.

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

 (подпись) (фамилия, инициалы)

 При наличии неисполненных обязательств:

 - указать реквизиты договора о целевом обучении (дата, номер),

 - наименование медицинской организации, указанной в договоре о целевом обучении, как место трудоустройства