от августа 2023 г. №

О предоставлении единовременных компенсационных выплат

фельдшерам, прибывшим (переехавшим) на работу

в отдельные населенные пункты Республики Марий Эл

В целях улучшения доступности медицинской помощи Правительство Республики Марий Эл п о с т а н о в л я е т:

1. Утвердить прилагаемый [Порядок](#P43) предоставления единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим (переехавшим) на работу в отдельные населенные пункты Республики Марий Эл.

2. Определить Министерство здравоохранения Республики
Марий Эл уполномоченным органом исполнительной власти Республики Марий Эл по предоставлению единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим (переехавшим)
на работу в отдельные населенные пункты Республики Марий Эл
(далее соответственно - единовременные компенсационные выплаты, фельдшеры), и заключению с ними договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат в соответствии с [Порядком](#P43), утвержденным настоящим постановлением.

3. Финансовое обеспечение расходов, связанных с реализацией настоящего постановления, осуществляется за счет средств республиканского бюджета Республики Марий Эл.

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на министра здравоохранения Республики Марий Эл.

5. Настоящее постановление вступает в силу по истечении десяти

дней после дня его официального опубликования и распространяется
на правоотношения, возникшие с 1 августа 2023 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Председатель Правительства Республики Марий Эл | Ю.Зайцев |

УТВЕРЖДЕН

постановлением Правительства Республики Марий Эл

от августа 2023 г. № 111

П О Р Я Д О К

предоставления единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим (переехавшим) на работу в отдельные населенные пункты Республики Марий Эл

1. Настоящий Порядок определяет правила предоставления единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим (переехавшим) на работу в поселок городского типа Юрино Юринского района Республики Марий Эл (далее - единовременные компенсационные выплаты).

2. Единовременные компенсационные выплаты предоставляются фельдшерам, являющимся гражданами Российской Федерации, прибывшим (переехавшим) на работу в поселок городского типа Юрино Юринского района Республики Марий Эл, заключившим трудовой договор с государственным бюджетным учреждением Республики Марий Эл «Козьмодемьянская межрайонная больница» (далее – медицинская организация), на условиях полного рабочего дня
с продолжительностью рабочего времени, установленной
в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности фельдшера поликлиники Юринской районной больницы, являющееся структурным подразделением медицинской организации (далее - медицинский работник), в размере 865 тыс. рублей.

3. Единовременные компенсационные выплаты предоставляются медицинским работникам однократно на основании заключенного между Министерством здравоохранения Республики Марий Эл (далее - Министерство), медицинской организацией и медицинским работником договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее - договор) в соответствии с [формой](#P107), приведенной в приложении № 1 к настоящему Порядку.

4. Договор предусматривает следующие обязанности медицинского работника:

исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

возвратить в доход республиканского бюджета Республики
Марий Эл часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения 5-летнего срока
(за исключением случаев прекращения трудового договора
по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность
или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

возвратить в доход республиканского бюджета Республики
Марий Эл часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи
с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации)
или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

5. Единовременная компенсационная выплата предоставляется медицинскому работнику, в течение 30 рабочих дней со дня заключения договора путем перечисления на банковский счет медицинского работника.

6. Для заключения договора медицинский работник представляет в Министерство с 1 по 5 число месяца, предшествующего месяцу,
в котором предоставляется единовременная компенсационная выплата, заявление на имя министра здравоохранения Республики Марий Эл
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее - заявление) по форме, приведенной в приложении № 2 к настоящему Порядку, с приложением к нему следующих документов:

копия документа, удостоверяющего личность гражданина;

копия документа об образовании и (или) о квалификации;

копия сертификата специалиста, сведений об аккредитации специалиста;

копия трудового договора, заключенного с медицинской организацией;

копия трудовой книжки (при наличии) и (или) сведения
о трудовой деятельности, предусмотренные статьей 66.1 Трудового кодекса Российской Федерации, на бумажном носителе, заверенные надлежащим образом, или в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью (при ее наличии);

копия документа, содержащего информацию о банковском счете, на который должна быть перечислена единовременная компенсационная выплата;

согласие на обработку персональных данных.

Копии документов представляются с предъявлением
их оригиналов.

7. Медицинский работник несет ответственность в соответствии
с законодательством Российской Федерации за достоверность представленных им документов и содержащихся в них сведений.

8. Заявление и приложенные к нему документы, указанные
в пункте 6 настоящего Порядка (далее - документы), представляются медицинским работником в отдел государственной гражданской службы и кадровой работы Министерства (далее - отдел государственной службы).

9. Специалист отдела государственной службы в присутствии медицинского работника в день представления заявления и документов проверяет их на соответствие требованиям, установленным пунктом 6 настоящего Порядка.

В случае если заявление и документы соответствуют требованиям
и представлены в полном объеме и сроки, установленные пунктом 6 настоящего Порядка, специалист отдела государственной службы регистрирует заявление и документы. После регистрации оригиналы документов возвращаются медицинскому работнику.

В случае если заявление и документы не соответствуют требованиям и представлены не в полном объеме и с нарушением сроков, установленных пунктом 6 настоящего Порядка, они возвращаются медицинскому работнику.

Медицинский работник имеет право вновь представить заявление и документы в соответствии с требованиями и сроками, установленными пунктом 6 настоящего Порядка.

10. Представленные медицинским работником заявление
и документы в день их регистрации передаются специалистом отдела государственной службы начальнику отдела государственной службы.

11. Начальник отдела государственной службы в течение
2 рабочих дней со дня регистрации заявления и документов рассматривает их и осуществляет проверку соблюдения медицинским работником условий предоставления единовременных компенсационных выплат, предусмотренных пунктом 2 настоящего Порядка.

Результаты рассмотрения заявления и документов излагаются
в служебной записке на имя министра здравоохранения Республики Марий Эл, оформленной и подписанной начальником отдела государственной службы в сроки, указанные в настоящем пункте
(далее - служебная записка).

Заявление, документы и служебная записка в течение одного рабочего дня со дня ее оформления и подписания передаются начальником отдела государственной службы министру здравоохранения Республики Марий Эл (далее - министр) для принятия решения о предоставлении или об отказе в предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

12. Решение о предоставлении или об отказе в предоставлении единовременной компенсационной выплаты принимается министром
в течение 2 рабочих дней со дня получения заявления, документов
и служебной записки.

13. Решение об отказе в предоставлении единовременной компенсационной выплаты принимается в случае представления заявления и документов медицинским работником,
не соответствующим условиям, предусмотренным пунктом 2 настоящего Порядка.

Решение об отказе в предоставлении единовременной компенсационной выплаты может быть обжаловано медицинским работником в установленном законом порядке.

14. В случае принятия решения об отказе в предоставлении единовременной компенсационной выплаты специалист отдела государственной службы в течение одного рабочего дня со дня принятия данного решения возвращает медицинскому работнику заявление и документы лично под расписку либо направляет заказным письмом с уведомлением о вручении с указанием причин возврата.

15. В случае принятия решения о предоставлении единовременной компенсационной выплаты специалист отдела государственной службы в течение одного рабочего дня со дня принятия данного решения оформляет договор в трех экземплярах и передает его министру
для подписания.

16. Министр в течение одного рабочего дня со дня получения договора подписывает и передает его в отдел государственной службы
для подписания медицинским работником и медицинской организацией.

17. Специалист отдела государственной службы в течение одного рабочего дня со дня подписания министром договора передает
его медицинской организации для подписания, в том числе медицинским работником.

Медицинская организация и медицинский работник в течение трех рабочих дней со дня получения медицинской организацией подписанного министром договора подписывают его и медицинская организация возвращает один экземпляр договора специалисту отдела государственной службы.

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

Приложение № 1

к Порядку предоставления единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим (переехавшим) на работу в отдельные населенные пункты Республики

Марий Эл

ФОРМА

**Договор о предоставлении единовременной**

**компенсационной выплаты**

г. Йошкар-Ола «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Министерство здравоохранения Республики Марий Эл в лице министра здравоохранения Республики Марий Эл \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Марий Эл, утвержденного постановлением Правительства Республики Марий Эл
от 17 апреля  2019 г. № 111, именуемое в дальнейшем «Министерство»,
гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

число, месяц, год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая)
в дальнейшем «Медицинский работник», и государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Козьмодемьянская межрайонная больница» в лице руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое
в дальнейшем «Медицинская организация», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1. Предметом настоящего договора является предоставление Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в размере 865 000 (Восемьсот шестьдесят пять тысяч) рублей.

II. Обязательства Сторон

2. Министерство обязуется:

2.1. Предоставить Медицинскому работнику единовременную компенсационную выплату в размере 865 000 (Восемьсот шестьдесят пять тысяч) рублей путем перечисления денежных средств
на банковский счет, открытый Медицинским работником в кредитной организации, в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня заключения настоящего договора.

2.2. Осуществлять обработку персональных данных Медицинского работника с соблюдением требований, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

3. Медицинский работник обязуется:

3.1. Исполнять трудовые обязанности в течение 5 (пяти) лет со дня заключения настоящего договора на должности фельдшера поликлиники Юринской районной больницы государственного бюджетного учреждения Республики Марий Эл «Козьмодемьянская межрайонная больница» в соответствии с трудовым договором
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_, заключенным с Медицинской организацией (далее - трудовой договор), на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной
в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, при условии продления настоящего договора
на период неисполнения трудовой функции в полном объеме
(кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

3.2. В случае прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока со дня заключения настоящего договора
(за исключением случаев прекращения трудового договора
по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность
или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам возвратить в доход республиканского бюджета Республики Марий Эл часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора.

В случае увольнения в связи с призывом на военную службу
(в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) возвратить в доход республиканского бюджета Республики Марий Эл часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду
со дня прекращения трудового договора, или продлить срок действия настоящего договора на период неисполнения функциональных обязанностей по указанной причине.

Возврат части единовременной компенсационной выплаты
в случаях, определенных в настоящем пункте, осуществляется Медицинским работником в течение 3 (трех) рабочих дней со дня прекращения трудового договора путем перечисления денежных средств на лицевой счет Министерства.

При просрочке исполнения обязательства по возврату части единовременной компенсационной выплаты в случаях, определенных
в настоящем пункте, Медицинский работник обязан уплатить неустойку (пени) за каждый день просрочки исполнения данного обязательства, начиная со дня, следующего после дня истечения срока, указанного
в [абзаце третьем](#P141) настоящего пункта. Такая неустойка (пени) устанавливается в размере одной трехсотой действующей на дату
ее уплаты ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от не уплаченной в срок суммы.

3.3. Письменно извещать Министерство об изменении реквизитов банковского счета, открытого Медицинским работником в кредитной организации, указанных в настоящем договоре, в течение 2 (двух) рабочих дней со дня их изменения.

3.4. Для исполнения условий настоящего договора дать согласие
на обработку его персональных данных в информационных системах Министерства.

4. Медицинская организация обязуется:

4.1. Осуществлять контроль за исполнением Медицинским работником его обязанностей, предусмотренных [пунктом 3](#P137) настоящего договора.

4.2. Информировать Министерство об изменении или прекращении трудового договора с Медицинским работником в течение 3 рабочих дней со дня его изменения или прекращения.

4.3. Вести учет времени, на протяжении которого Медицинский работник не исполняет трудовую функцию в полном объеме
в соответствии с трудовым договором (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации), а также информировать Министерство о наступлении случаев, при которых Медицинский работник не исполняет трудовую функцию в полном объеме, в течение 5 рабочих дней со дня наступления таких случаев.

III. Порядок разрешения споров

5. Споры и разногласия, которые могут возникнуть в процессе исполнения обязательств по настоящему договору, разрешаются посредством проведения переговоров между Сторонами.

6. В случае невозможности разрешения споров путем проведения переговоров Стороны передают их на рассмотрение в суд.

7. До обращения в суд Сторона обязана направить письменную претензию с соответствующими материалами другой Стороне, которая обязана рассмотреть претензию и дать на нее ответ в течение
10 (десяти) календарных дней со дня получения.

IV. Срок действия договора

8. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами обязательств.

V. Заключительные положения

9. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

10. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и законодательством Российской Федерации.

11. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут
по соглашению Сторон или по решению суда по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

12. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

VI. Реквизиты и подписи Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство424033, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, наб. Брюгге, д. 3, тел. (8362) 45-73-26Банковские реквизиты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Министр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)М.П. | Медицинский работник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии)Паспорт (серия, номер, когда и кем выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Реквизиты банковского счета: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Медицинский работник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |
| Медицинская организацияАдрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)М.П. |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2к Порядку предоставления единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим (переехавшим) на работу в отдельные населенные пункты Республики Марий ЭлФормаМинистру здравоохраненияРеспублики Марий Эл |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество медицинского работника)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата рождения) |
|  | работающего (ей) в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование занимаемой должности в соответствии с записью в трудовой книжке) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(полное наименование медицинской организации Республики Марий Эл, находящейся в ведении Министерства здравоохранения Республики Марий Эл (структурного подразделения)  |

Заявление

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату
в размере 865 000 (Восемьсот шестьдесят пять тысяч) рублей
при условии заключения Министерством здравоохранения Республики Марий Эл со мной в установленном порядке соответствующего договора.

С условиями договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты по типовой форме, утвержденной постановлением Правительства Республики Марий Эл от \_\_\_ августа
2023 г. № \_\_\_\_ «О предоставлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим (переехавшим) на работу в отдельные населенные пункты Республики Марий Эл», согласен (согласна).

[Согласие](file:///K%3A%5CWORK%5CSautenko%5C%D0%B7%D0%B0%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D1%81%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%B5.rtf#Par49) на обработку моих персональных данных прилагаю.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

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

 (личная подпись) (фамилия, имя, отчество прописью полностью)

**Согласие на обработку персональных данных медицинского работника**

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

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

при подаче заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты, установленной постановлением Правительства Республики Марий Эл от \_\_\_ августа 2023 г. № \_\_\_\_
«О предоставлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам, прибывшим (переехавшим) на работу в отдельные населенные пункты Республики Марий Эл», в Министерство здравоохранения Республики Марий Эл, находящееся по адресу: 424033, г. Йошкар-Ола, наб. Брюгге, д. 3 (далее - Министерство), своей волей и в своих интересах выражаю согласие на обработку моих персональных данных Министерством в целях предоставления мне единовременной компенсационной выплаты, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), использованию, передачи (распространению, предоставлению, доступа) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень сведений:

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Данные:

- документа, удостоверяющего личность гражданина;

- документа об образовании и (или) о квалификации;

- документа о послевузовском профессиональном образовании;

- диплома о профессиональной переподготовке (при наличии);

- сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации специалиста);

- трудового договора, заключенного мною с медицинской организацией Республики Марий Эл, находящейся в ведении Министерства здравоохранения Республики Марий Эл;

- трудовой книжки (сведений о трудовой деятельности);

- документа, подтверждающего наличие у меня банковского счета.

3. Номера телефонов (рабочего, домашнего, мобильного), адрес электронной почты.

4. Иные сведения, специально предоставленные мной для осуществления единовременной компенсационной выплаты, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), использованию, передачи (распространению, предоставлению, доступа) и уничтожению моих персональных данных.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом пункта 2 статьи 6 и пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения трудового договора, стороной которого я являюсь, может осуществляться Министерством без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания
на срок действия заключенного со мной Министерством договора
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты и может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления в Министерство.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

 (личная подпись) (фамилия, имя, отчество прописью полностью)

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