



АДМИНИСТРАЦИЯ
АМУРСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
Хабаровского края

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

23.04.2026 № 398

г. Амурск

Об утверждении Порядка предоставления единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края

На основании Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 12 части 1 статьи 15 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», постановления администрации Амурского муниципального района Хабаровского края от 27.12.2022 № 907 «Об утверждении муниципальной Программы «Укрепление общественного здоровья населения Амурского муниципального района Хабаровского края», в целях создания условий для привлечения медицинских работников для оказания квалифицированной медицинской помощи населению на территории Амурского муниципального района Хабаровского края администрация Амурского муниципального района Хабаровского края

ПОСТАНОВЛЯЕТ

1. Утвердить прилагаемый Порядок предоставления единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края.

2. Финансирование расходов, связанных с реализацией настоящего постановления, осуществлять в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в районном бюджете за счёт средств, утвержденных на реализацию подпункта 1.1.1 пункта 1.1 раздела 1 мероприятий муниципальной Программы «Укрепление общественного здоровья населения Амурского муниципального района Хабаровского края», утвержденной постановлением администрации Амурского муниципального района Хабаровского края от 27.12.2022 № 907.

3. МУП «Редакция газеты «Амурская заря» опубликовать настоящее постановление.

4. Отделу информационных технологий и защиты информации администрации Амурского муниципального района Хабаровского края

0569

ЛЕ

Отпечатано в ООО ПКП «Жук» ИНН 2703005616, заказ № 84 от 20.11.2025года, тираж 1500 экз.

разместить настоящее постановление на официальном сайте органов местного самоуправления Амурского муниципального района Хабаровского края в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на заместителя главы администрации Амурского муниципального района Хабаровского края Бессмертных Л.В.

6. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Глава муниципального района



П.М. Боровлев

УТВЕРЖДЕН

постановлением администрации
Амурского муниципального района
Хабаровского края
[от 23.04.2026 № 398](#)

ПОРЯДОК

предоставления единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок устанавливает правила и условия назначения и осуществления единовременной выплаты медицинским работникам имеющим высшее медицинское образование и впервые заключившим трудовой договор на срок действия трудового договора 5 лет и более с краевыми государственными медицинскими организациями (далее – медицинская организация), расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края (далее - Порядок), в рамках реализации муниципальной Программы «Укрепление общественного здоровья населения Амурского муниципального района Хабаровского края», утвержденной постановлением администрации Амурского муниципального района Хабаровского края от 27.12.2022 № 907 (далее - Муниципальная программа).

1.2. Единовременная выплата носит целевой, стимулирующий характер и направлена на создание дополнительных стимулов к трудоустройству квалифицированных специалистов (медицинских работников) в медицинские организации, расположенные на территории Амурского муниципального района Хабаровского края.

1.3. Единовременная выплата медицинскому работнику предоставляется на основании заключенного с администрацией Амурского муниципального района Хабаровского края (далее – администрация муниципального района) договора по форме согласно [приложению № 1](#) к настоящему Порядку.

1.4. В настоящем Порядке используются следующие понятия и термины:

Единовременная выплата – мера социальной поддержки, предоставляемая медицинским работникам, впервые заключившим трудовой договор с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края на срок действия трудового договора 5 лет и более.

Медицинская организация - учреждение здравоохранения,

Продолжение Порядка предоставления единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края

осуществляющее деятельность на территории Амурского муниципального района Хабаровского края и оказывающая в том числе неотложную и экстренную медицинскую помощь.

Медицинский работник - гражданин Российской Федерации, имеющий высшее медицинское образование, впервые заключивший трудовой договор с медицинской организацией на срок действия трудового договора 5 лет и более (далее – срок действия трудового договора), в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

Срок действия трудового договора – период работы 5 лет и более в медицинской организации, необходимый для назначения и осуществления единовременной выплаты медицинскому работнику.

В пятилетний срок работы, на который медицинский работник заключил трудовой договор не включается период его нахождения в отпуске по уходу за ребенком.

2. Условия и порядок предоставления единовременной выплаты

2.1. Единовременная выплата в размере 200 000 (Двести тысяч) рублей предоставляется медицинскому работнику:

2.1.1. Имеющему высшее медицинское образование.

2.1.2. Впервые заключившему трудовой договор с медицинской организацией, расположенной на территории Амурского муниципального района Хабаровского края на срок действия трудового договора 5 лет и более.

2.1.3. В трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

2.1.4. Имеющему регистрацию по месту жительства на территории Российской Федерации.

2.2. Трудовой договор, указанный в подпункте 2.1.2 пункта 2.1 настоящего раздела, должен быть заключен по основному месту работы, на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации не менее чем на одну ставку.

2.3. Для заключения с администрацией муниципального района договора, указанного в пункте 1.3 раздела 1 настоящего Порядка, медицинский работник (далее - заявитель), в срок не позднее тридцати дней со дня заключения трудового договора с медицинской организацией,

Продолжение Порядка предоставления единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края

представляет в отдел учета и отчетности администрации муниципального района (далее – уполномоченный орган) следующие документы:

2.3.1. Заявление о предоставлении единовременной выплаты по форме согласно [приложению № 2](#) к настоящему Порядку.

2.3.2. Копию документа об образовании.

2.3.3. Ходатайство медицинской организации.

2.3.4. Копию трудового договора, заключенного между заявителем и медицинской организацией с приложением копий дополнительных соглашений к трудовому договору (при наличии).

2.3.5. Копию приказа о приеме на работу в медицинскую организацию.

2.3.6. Копию трудовой книжки.

2.3.7. Копию паспорта (страницы 2, 3, 5).

2.3.8. Копию свидетельства о постановке физического лица на учет в налоговом органе (ИНН).

2.3.9. Копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).

2.3.10. Реквизиты банковского счета для перечисления единовременной выплаты.

2.3.11. Согласие на обработку персональных данных по форме согласно [приложению № 3](#) к настоящему Порядку.

2.3.12. Согласие на распространение персональных данных по форме согласно [приложению № 4](#) к настоящему Порядку.

2.4. Копии указанных в пункте 2.3 настоящего раздела документов должны быть заверены в установленном порядке кадровой службой медицинской организации.

2.5. Уполномоченный орган проверяет полноту и достоверность документов, представленных заявителем в соответствии с пунктом 2.3 настоящего раздела и в срок не позднее десяти рабочих дней со дня их представления оформляет договор, указанный в пункте 1.3 раздела 1 настоящего Порядка.

2.6. Сектор по социальным вопросам администрации муниципального района на основании заключенного договора, указанного в пункте 1.3 раздела 1 настоящего Порядка, в срок, указанный в пункте 2.5 настоящего раздела, готовит проект распоряжения администрации муниципального района о предоставлении единовременной выплаты медицинскому работнику и передает принятый муниципальный правовой акт в уполномоченный орган для предоставления единовременной выплаты медицинскому работнику.

2.7. Основаниями для отказа в предоставлении единовременной

Продолжение Порядка предоставления единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края

выплаты медицинскому работнику являются:

2.7.1. Несоответствие заявителя требованиям, указанным в пункте 2.1 настоящего раздела.

2.7.2. Предоставление заявителем недостоверных сведений.

2.7.3. Представление неполного комплекта документов, указанных в пункте 2.3 настоящего раздела либо представление недостоверных и (или) подложных документов.

2.8. При наличии оснований, установленных пунктом 2.7 настоящего раздела, уполномоченный орган в срок, указанный в пункте 2.5 настоящего раздела готовит проект распоряжения администрации муниципального района об отказе в предоставлении единовременной выплаты медицинскому работнику и по принятию муниципального правового акта направляет медицинскому работнику письменное уведомление об отказе в назначении единовременной выплаты с указанием соответствующих оснований.

2.9. Единовременная выплата медицинскому работнику осуществляется уполномоченным органом на основании распоряжения администрации муниципального района о предоставлении единовременной выплаты медицинскому работнику, в срок не позднее тридцати дней со дня заключения медицинским работником с администрацией муниципального района договора, указанного в пункте 1.3 раздела 1 настоящего Порядка, путем безналичного перевода в рублях по платежным реквизитам банковского счета, указанным в заявлении медицинского работника.

3. Порядок финансирования расходов, связанных с предоставлением единовременной выплаты

3.1. Единовременная выплата предоставляется за счет средств бюджета Амурского муниципального района Хабаровского края, в пределах лимитов, утвержденных на текущий финансовый год для реализации мероприятий Муниципальной программы.

3.2. Контроль за целевым использованием денежных средств, выделяемых из бюджета Амурского муниципального района Хабаровского края для предоставления единовременной выплаты, осуществляется уполномоченным органом.

4. Прочие условия

4.1. В случае прекращения трудовых отношений с медицинской организацией до истечения срока действия трудового договора, кроме случаев, предусмотренных пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 части первой статьи 81, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации, медицинский работник обязан возвратить единовременную выплату в полном размере в срок не позднее тридцати дней со дня расторжения трудового договора. По истечении указанного в настоящем подпункте срока единовременная выплата взыскивается в судебном порядке.

4.2. В случае перевода медицинского работника до истечения пятилетнего срока действия трудового договора на другую должность в медицинской организации (на другую должность в иную медицинскую организацию), в трудовые (должностные) обязанности по которой не входит осуществление медицинской деятельности, часть единовременной выплаты возвращается медицинским работником в размере, рассчитанном пропорционально неотработанному периоду со дня внесения изменений в трудовой договор (расторжения трудового договора).

4.3. Медицинская организация обязана в течении трех рабочих дней со дня расторжения трудового договора с медицинским работником уведомить администрацию Амурского муниципального района Хабаровского края о прекращении трудовых отношений с указанием оснований увольнения, согласно Трудовому кодексу Российской Федерации; о переводе медицинского работника на другую должность по которой не входит осуществление медицинской деятельности (на другую должность в иную медицинскую организацию).

Заведующий сектором по
социальным вопросам

Т.В. Куприна

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к Порядку предоставления
единовременной выплаты
медицинским работникам с высшим
медицинским образованием,
заключившим договор на
определенный срок (5 лет и более)
с медицинскими учреждениями,
расположенными на территории
Амурского муниципального района
Хабаровского края

Форма

ДОГОВОР № _____

о предоставлении единовременной выплаты
медицинскому работнику с высшим медицинским
образованием, заключившему трудовой договор
на определенный срок (5 лет и более)
с медицинской организацией, расположенной
на территории Амурского
муниципального района Хабаровского края

г. Амурск

« ____ » _____ 20__ г.

Администрация Амурского муниципального района Хабаровского края в лице главы Амурского муниципального района Хабаровского края Боровлева Павла Михайловича, действующего на основании Устава Амурского муниципального района Хабаровского края (принят решением Собрания депутатов Амурского муниципального района Хабаровского края от 20.06.2005 N 40), именуемая в дальнейшем «Администрация», с одной стороны, краевое государственное учреждение здравоохранения

_____ (наименование краевого государственного учреждения здравоохранения, ИНН)

в лице главного врача _____,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

именуемое в дальнейшем «Работодатель», с другой стороны и

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

заключивший трудовой договор с краевым государственным учреждением здравоохранения, расположенным на территории Амурского муниципального района Хабаровского края, именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, в соответствии с постановлением администрации Амурского муниципального района Хабаровского края от _____ № ____ «Об утверждении Порядка предоставления единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

Предметом настоящего договора является предоставление Администрацией единовременной выплаты (далее - ЕВ) в размере 200 000 (Двести тысяч) рублей Медицинскому работнику

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

заклучившему трудовой договор _____

(дата и номер трудового договора)

с _____

(наименование краевого государственного учреждения здравоохранения, ИНН)

по должности _____

(наименование должности)

и принявшему на себя обязательство отработать в краевом государственном учреждении здравоохранения (далее – медицинская организация) не менее пяти лет с даты заключения трудового договора.

2. Обязательства сторон

2.1. Администрация обязуется предоставить за счет средств местного бюджета 200 000 (Двести тысяч) рублей Медицинскому работнику в течение 30 дней со дня направления экземпляра заключенного настоящего Договора Медицинскому работнику.

2.2. Работодатель обязан в течении трех рабочих дней со дня расторжения трудового договора с Медицинским работником уведомить Администрацию о прекращении трудовых отношений с указанием оснований увольнения согласно Трудовому Кодексу Российской Федерации, об изменении места его работы, о его переводе на другую должность.

2.3. Медицинский работник обязуется:

2.3.1. Исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения с Работодателем трудового договора 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).

Исчисление пятилетнего срока работы Медицинского работника в медицинской организации начинается с даты заключения трудового договора. В пятилетний срок работы, на которой Медицинский работник принял на себя обязательство отработать в медицинской организации, не включается период нахождения Медицинского работника в отпуске по уходу за ребенком с полутора до трех лет.

2.3.2. Уведомить Администрацию о предоставлении отпуска по уходу за ребенком с полутора до трех лет в течение трех рабочих дней со дня предоставления указанного отпуска.

2.3.3. В случае прекращения трудовых отношений с медицинской организацией до истечения срока действия трудового договора, кроме случаев, предусмотренных пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1 и 2 части первой статьи 81 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации, Медицинский работник обязан возратить единовременную выплату в полном размере в срок не позднее 30 дней со дня расторжения трудового договора. По истечении указанного в настоящем подпункте срока единовременная выплата взыскивается в судебном порядке.

2.3.4. В случае перевода Медицинского работника до истечения пятилетнего срока действия трудового договора на другую должность в медицинской организации (на другую должность в иную медицинскую организацию), в трудовые (должностные) обязанности по которой не входит осуществление медицинской деятельности, часть единовременной выплаты возвращается

Медицинским работником в размере, рассчитанном пропорционально неотработанному периоду со дня внесения изменений в трудовой договор (расторжения трудового договора).

3. Срок действия договора

Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения всех обязательств сторонами.

4. Прочие условия

4.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах: по одному экземпляру для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

4.2. Все разногласия, споры, возникающие между сторонами настоящего договора, стороны обязуются решать путем переговоров.

Если соглашение между сторонами не достигнуто, то спор подлежит разрешению в судебном порядке.

5. Адреса и подписи сторон

5.1. Администрация:

Администрация Амурского муниципального района Хабаровского края: 682640,
г. Амурск, пр. Мира, 11 тел.: 8 (42142)2-45-05 (группа по социальным вопросам)
ИНН: 2706009979

Глава Амурского муниципального района
Хабаровского края

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

« ____ » _____ 20__ г.
МП

5.2. Работодатель:

Главный врач _____
(наименование медицинской организации здравоохранения, ИНН)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

« ____ » _____ 20__ г.
МП

Медицинский работник: _____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

Я внимательно изучил(а) настоящий договор, согласен(на) с его содержанием и обязуюсь исполнять все условия настоящего договора.

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

« ____ » _____ 20__ г.

Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____

№ _____ выдан _____
(кем и когда)

Адрес места регистрации по паспорту: _____

Адрес фактического места жительства: _____

Заведующий сектором по
социальным вопросам

Т.В. Куприна

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Порядку предоставления
единовременной выплаты
медицинским работникам с высшим
медицинским образованием,
заключившим договор на
определенный срок (5 лет и более)
с медицинскими учреждениями,
расположенными на территории
Амурского муниципального района
Хабаровского края

Форма

В Администрацию Амурского
муниципального района
Хабаровского края

от _____
(фамилия, имя, отчество, последнее - при наличии)

адрес: _____

тел.: _____

адрес электронной почты: _____

Заявление

В связи с заключением трудового договора от _____ 20__ г. № _____ о приеме
на работу в _____,

(наименование медицинской организации)

прошу предоставить мне в соответствии с Порядком предоставления единовременной
выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим
трудоустройство на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями,
расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края,
утвержденным постановлением администрации Амурского муниципального района
Хабаровского края от _____ № _____, единовременную выплату в размере
200 000 (двести тысяч рублей).

К заявлению прилагаю следующие документы:

- копию документа об образовании;
- ходатайство медицинской организации;
- копию трудового договора с медицинской организацией на срок 5 и более лет.
- копию приказа о приеме на работу в медицинскую организацию;
- копию паспорта (страницы 2-3, 5);
- копию трудовой книжки;
- копию свидетельства о постановке физического лица на учет в налоговом органе
(ИНН);
- копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования
(СНИЛС);
- реквизиты банковского счета для перечисления выплаты;

- согласие на обработку персональных данных (согласие на распространение персональных данных).

« _____ » _____ 20 _____ г _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество, последнее - при наличии)

Заведующий сектором по
социальным вопросам

Т.В. Куприна

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

к Порядку предоставления
единовременной выплаты
медицинским работникам с высшим
медицинским образованием,
заключившим договор на
определенный срок (5 лет и более)
с медицинскими учреждениями,
расположенными на территории
Амурского муниципального района
Хабаровского края

Форма

Оператор: Администрация
Амурского муниципального района
Хабаровского края
ИНН 2706009979 ОГРН
1022700653227
от

_____,
(фамилия, имя, отчество, последнее - при наличии)
телефон _____
адрес электронной почты _____

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество, последнее – при наличии)

основной документ, удостоверяющий личность:

(вид документа, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)
зарегистрированный(ая) по адресу:

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях предоставления мне единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края даю согласие администрации Амурского муниципального района Хабаровского края, расположенной по адресу: Хабаровский край, г. Амурск, пр. Мира, 11 (ИНН 2706009979, ОГРН 1022700653227) на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- пол, возраст;
- дата и место рождения;
- паспортные данные;
- данные документов об образовании, квалификации;
- данные документов о трудовой деятельности (информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности в медицинском учреждении);
- сведения о месте фактического проживания;

- сведения о регистрации по месту жительства (пребывания);
- сведения о постановке физического лица на учет в налоговом органе (ИНН);
- сведения об обязательном пенсионном страховании (СНИЛС);
- сведения о банковских реквизитах;
- сведения о номере телефона;
- сведения об адресе электронной почты.

(указать иные категории ПДн , в случае их обработки)

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие (нужное отметить):

сбор	запись
систематизация	накопление
хранение	уточнение (обновление, изменение)
извлечение	использование
передача (предоставление, доступ)	обезличивание
блокирование	удаление
уничтожение	распространение
иные действия	

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем _____

(указать способ обработки (смешанный, автоматизированный, неавтоматизированный) обработки персональных данных).

Данное согласие действует с момента его представления оператору до достижения целей обработки персональных данных.

В соответствии с положениями части 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» оставляю за собой право отозвать данное согласие.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« ____ » _____ 20 ____ г. / _____ / _____
 (подпись) (фамилия, имя, отчество, последнее - при наличии)

Заведующий сектором по
социальным вопросам

Т.В. Куприна

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

к Порядку предоставления
единовременной выплаты
медицинским работникам с высшим
медицинским образованием,
заключившим договор на
определенный срок (5 лет и более)
с медицинскими учреждениями,
расположенными на территории
Амурского муниципального района
Хабаровского края

Форма

Оператор: Администрация
Амурского муниципального района
Хабаровского края
ИНН 2706009979 ОГРН
1022700653227
от _____,
(фамилия, имя, отчество, последнее - при наличии)
телефон _____
адрес электронной почты _____

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество, последнее – при наличии)

основной документ, удостоверяющий личность:

(вид документа, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)
зарегистрированный(ая) по адресу:

в соответствии со ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 « 152-ФЗ «О персональных данных», в целях предоставления мне единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, заключившим трудовой договор на определенный срок (5 лет и более) с медицинскими организациями, расположенными на территории Амурского муниципального района Хабаровского края даю согласие администрации Амурского муниципального района Хабаровского края, расположенной по адресу: Хабаровский край, г. Амурск, пр. Мира, 11 (ИНН 2706009979, ОГРН 1022700653227, на обработку в форме распространения моих персональных данных.

Категории и перечень моих персональных данных, на обработку в форме распространения которых я даю согласие:

Персональные данные:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- пол, возраст;
- дата и место рождения;
- паспортные данные;
- данные документов об образовании, квалификации;
- данные документов о трудовой деятельности (информация о приеме, переводе,

увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности в медицинском учреждении);

- сведения о месте фактического проживания;
- сведения о регистрации по месту жительства (пребывания);
- сведения о постановке физического лица на учет в налоговом органе (ИНН);
- сведения об обязательном пенсионном страховании (СНИЛС);
- сведения о банковских реквизитах;
- сведения о номере телефона;
- сведения об адресе электронной почты.

Условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных (ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») (нужное отметить):

- не устанавливаю
- устанавливаю запрет на передачу (кроме предоставления доступа) этих данных оператором неограниченному кругу лиц
- устанавливаю запрет на обработку (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом лиц
- устанавливаю условия обработки (кроме получения доступа) этих данных неограниченным _____ кругом _____ лиц:

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных: не устанавливаю _____

Данное согласие действует с момента его представления оператору до достижения целей обработки персональных данных.

В соответствии с положениями части 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» оставляю за собой право отозвать данное согласие.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« ____ » _____ 20 ____ г. / _____ / _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество, последнее - при наличии)

Заведующий сектором по
социальным вопросам

Т.В. Куприна