



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕРМСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

13.05.2022

№ 34-01-02-603

О проведении отбора участников мероприятий по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам и частичной компенсации арендной платы по договору аренды (найма) жилья медицинским работникам

В соответствии с постановлением Правительства Пермского края от 20.04.2022 г. № 326-п «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам и частичной компенсации арендной платы по договору аренды (найма) жилья медицинским работникам» (далее – Постановление)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму заявки государственных учреждений здравоохранения Пермского края на участие в отборе участников мероприятия по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

2. Утвердить форму заявки государственных учреждений здравоохранения Пермского края на участие в отборе участников мероприятия частичной компенсации арендной платы по договору аренды (найма) жилья медицинским работникам (далее – Отбор) согласно приложению № 2 к настоящему приказу

3. Комиссии по отбору заявок государственных учреждений здравоохранения для участия в мероприятиях по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам и частичной компенсации арендной платы по договору аренды (найма) жилья медицинским работникам (далее – Комиссия) осуществить прием заявок государственных учреждений здравоохранения Пермского края на участие в Отборе с 17 мая 2022 года по 23 мая 2022 года.

4. Провести заседание Комиссии 25 мая 2022 года.

5. Начальнику отдела формирования, мониторинга и анализа мероприятий по работе с кадрами в отрасли здравоохранения Министерства здравоохранения Пермского края Ощепкову Д.Б. не позднее трех рабочих дней

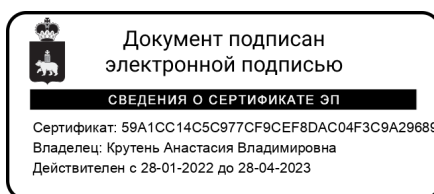


с момента подписания настоящего приказа направить его в государственные учреждения здравоохранения и разместить в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Министерства здравоохранения Пермского края извещение о проведении Отбора.

6. Руководителям государственных учреждений здравоохранения в срок до 23 мая 2022 года направить в Комиссию заявку на участие в Отборе и документы, указанные в пункте 2.3. и 2.4. Постановления.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Пермского края Рожнева Е.В.

Министр



А.В. Крутьня



Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Пермского края

от _____ № _____

Участник отбора

(наименование государственного учреждения здравоохранения)

на участие в реализации мероприятия по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, утвержденному постановлением Правительства Пермского края от 20.04.2022 г. № 326-п «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам и частичной компенсации арендной платы по договору аренды (найма) жилья медицинским работникам»

наименование учреждения	обеспеченность врачами	обеспеченность средними медицинскими работниками	наименование востребованной специальности	объем финансирования мероприятия (млн. руб.)	количество человек, планируемых к участию в мероприятии	сведения о кандидате на должность / медицинском работнике

Должность, ФИО, контактный телефон исполнителя

Подпись руководителя учреждения



Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Пермского края

от _____ № _____

Участник отбора

(наименование государственного учреждения здравоохранения)

на участие в реализации мероприятия частичной компенсации арендной платы по договору аренды (найма) жилья медицинским работникам, утвержденному постановлением Правительства Пермского края от 20.04.2022 г. № 326-п «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам и частичной компенсации арендной платы по договору аренды (найма) жилья медицинским работникам»

наименование учреждения	укомплектованность физическими лицами среднего медицинского персонала (в целом по учреждению)	наименование специальности	объем финансирования мероприятия (млн. руб.)	количество человек, планируемых к участию в мероприятии	сведения о кандидате на должность / медицинском работнике

Должность, ФИО, контактный телефон исполнителя

Подпись руководителя учреждения

