Приложение к Положению о компенсации стоимости проезда врачам клиническим ординаторам, обучающимся по целевым направлениям Министерства здравоохранения Камчатского края, от места проживания (места нахождения государственного учреждения здравоохранения Камчатского края) до места целевого обучения и в обратном направлении к месту осуществления трудовой деятельности, установленной договором о целевом обучении

ФОРМА

Министерство здравоохранения Камчатского края

от врача клинического ординатора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

(наименование образовательного учреждения)

адрес для отправки почтового уведомления:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу предоставить компенсационную выплату по проезду до места целевого обучения по маршруту:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и в обратном направлении к месту осуществления трудовой деятельности на территории Камчатского края по маршруту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_ коп. в порядке, установленном постановлением Правительства Камчатского края от 27.06.2012 № 284-П «О мерах по обеспечению медицинскими кадрами государственных учреждений здравоохранения Камчатского края».

С условиями назначения компенсационной выплаты ознакомлен(а) и согласен(а).

Приложение:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись, расшифровка подписи)