Приложение к Положению о компенсации стоимости проезда студентам, врачам клиническим ординаторам медицинских государственных образовательных учреждений, обучающимся по целевым направлениям Министерства здравоохранения Камчатского края, от места целевого обучения до места прохождения производственной практики на территории Камчатского края и в обратном направлении

ФОРМА

Министерство здравоохранения Камчатского края

от студента (врача клинического

ординатора) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

 (наименование образовательного учреждения)

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

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

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

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

**Заявление**

Прошу назначить компенсационную выплату за проезд от места целевого обучения до места прохождения производственной практики на территории Камчатского края по маршруту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и в обратном направлении к месту целевого обучения 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)