



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Ставропольского края  
ПРИКАЗ

31 мая 2019 г.

г. Ставрополь

№ 01-05/409

О некоторых мерах по организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования и высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

В целях удовлетворения потребности медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края в специалистах со средним профессиональным, высшим медицинским образованием, реализации регионального проекта «Обеспечение медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края квалифицированными кадрами», в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 г. № 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076», приказами Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 января 2014 г. № 36 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования», от 14 октября 2015 г. № 1147 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 мая 2017 г. № 212н «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Порядок организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края.

1.2. Порядок организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края (далее – Порядок организации целевого обучения по

образовательным программам высшего образования).

2. Отделу государственной гражданской службы и кадровой работы министерства здравоохранения Ставропольского края, руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края обеспечить проведение работы по организации целевого обучения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Ставропольского края и настоящим приказом.

3. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Ставропольского края от 23 апреля 2018 г. № 01-05/365 «О некоторых мерах по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края», от 03 мая 2018 г. № 01-05/402 «Об определении лиц, ответственных за работу по организации целевого обучения по образовательным программам ординатуры для отрасли здравоохранения Ставропольского края», от 28 мая 2018 г. № 01-05/470 «О комиссии по установлению для медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края разнарядок целевых мест для целевого обучения по образовательным программам специалитета в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по образовательным программам специалитета», от 07 июня 2018 г. № 01-05/548 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 23 апреля 2018 г. № 01-05/365 «О некоторых мерах по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края», от 09 июня 2018 г. № 01-05/566 «Об определении лиц, ответственных за работу по организации целевого обучения по образовательным программам специалитета по специальности «стоматология» для отрасли здравоохранения Ставропольского края».

4. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 31 мая 2019 года, за исключением:

пункта 8 Порядка организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования, утвержденного настоящим приказом, который вступает в силу на следующий день после дня официального опубликования настоящего приказа и распространяется на правоотношения, возникшие с 21 июня 2018 года;

пункта 9 Порядка организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования, утвержденного настоящим приказом, который вступает в силу на следующий день после дня официального опубликования настоящего приказа и распространяется на правоотношения, возникшие с 24 августа 2018 года;

подпункта 10.1 пункта 10 Порядка организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования, утвержденного настоящим приказом, который вступает в силу на следующий день после дня

официального опубликования настоящего приказа и распространяется на правоотношения, возникшие с 9 ноября 2018 года;

подпункта 10.2 пункта 10 Порядка организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования, утвержденного настоящим приказом, вступающего в силу на следующий день после дня его официального опубликования, который распространяется на правоотношения, возникшие с 5 апреля 2019 года.

5. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



В.Н. Мажаров

## УТВЕРЖДЕН

приказом министерства  
здравоохранения  
Ставропольского края

от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

## ПОРЯДОК

организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

1. Настоящий Порядок определяет правила взаимодействия при проведении мероприятий по организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования (далее соответственно – образовательные программы СПО, СПО) в целях удовлетворения потребности в кадрах с медицинским образованием медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее – медицинская организация).

2. Настоящий Порядок разработан в соответствии с:

Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

Положением о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 г. № 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076» (далее – Положение о целевом обучении);

Порядком приема на обучение по образовательным программам СПО, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 января 2014 г. № 36 (далее – Порядок приема на обучение по образовательным программам СПО).

3. Целевое обучение по образовательным программам СПО для отрасли здравоохранения Ставропольского края проводится в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по образовательным программам СПО, подведомственным министерству здравоохранения Ставропольского края (далее соответственно – министерство, медицинские колледжи), за счет бюджетных ассигнований бюджета Ставропольского края.

4. Заказчиком целевого обучения по образовательным программам СПО является медицинская организация.

5. Право на целевое обучение по образовательным программам СПО в медицинских колледжах имеют граждане, которые заключили договор о целевом обучении по образовательной программе СПО с соответствующей

медицинской организацией и приняты на бюджетные места по результатам вступительных испытаний, проводимых в соответствии с Порядком приема на обучение по образовательным программам СПО.

6. Гражданин, имеющий основное общее или среднее общее образование, поступающий на обучение по образовательной программе СПО либо обучающийся по образовательной программе СПО, вправе заключить договор о целевом обучении по образовательной программе СПО с медицинской организацией, если образование данного уровня гражданин получает впервые.

Отсутствие регистрации по месту жительства (по месту пребывания) на территории Ставропольского края у гражданина, изъявившего желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе СПО (далее – гражданин), не может служить основанием для ограничения в заключении договора о целевом обучении по образовательной программе СПО.

7. Медицинская организация регулярно проводит в соответствующем муниципальном районе, городском округе Ставропольского края профориентационную работу среди учащихся общеобразовательных учреждений Ставропольского края с целью их направления на обучение по медицинским специальностям в медицинские колледжи.

При организации профориентационной работы медицинская организация взаимодействует с органами местного самоуправления соответствующего муниципального района, городского округа Ставропольского края, общеобразовательными учреждениями соответствующего муниципального района, городского округа Ставропольского края, медицинскими колледжами.

8. Отдел государственной гражданской службы и кадровой работы министерства (далее – отдел государственной гражданской службы и кадровой работы) ежегодно в срок до 1 октября запрашивает в медицинских организациях информацию о потребности в подготовке медицинских специалистов с СПО по специальностям, направлениям подготовки за счет бюджетных ассигнований бюджета Ставропольского края на очередной календарный год (далее – информация о потребности в СПО).

9. Руководитель медицинской организации в срок до 1 декабря может направить в министерство информацию о потребности в СПО соответствующей медицинской организации. Направленная информация о потребности должна быть подписана руководителем медицинской организации и заверена печатью медицинской организации.

10. Отдел государственной гражданской службы и кадровой работы ежегодно доводит до медицинских организаций контрольные цифры приема на обучение по профессиям, специальностям и направлениям подготовки и (или) укрупненным группам профессий, специальностей и направлений подготовки за счет бюджетных ассигнований бюджета Ставропольского края

медицинским колледжам на очередной учебный год, ежегодно устанавливаемые приказом министерства (далее – контрольные цифры приема), не позднее трех рабочих дней со дня его подписания.

11. Руководитель медицинской организации:

11.1. Определяет приказом лицо (лиц), ответственное(ых) за работу по организации целевого обучения по образовательным программам СПО, не позднее 15 апреля (не позднее 31 мая 2019 года – для приема на целевое обучение в 2019 году) и обеспечивает представление его заверенной копии в министерство не позднее пяти рабочих дней со дня подписания приказа.

11.2. Устанавливает приказом срок начала подачи гражданами документов, указанных в пункте 12 настоящего Порядка, ежегодно не позднее двух рабочих дней со дня поступления контрольных цифр приема.

11.3. Обеспечивает в течение двух рабочих дней с даты подписания приказа, указанного в подпункте 11.2 настоящего пункта, оповещение граждан путем размещения на официальном сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – официальный сайт) объявления об организации целевого обучения по образовательным программам СПО с указанием специальностей, информации о потребности в СПО соответствующей медицинской организации, сроков начала и окончания приема документов граждан, списках и формах необходимых документов.

12. В целях заключения договора о целевом обучении по образовательной программе СПО гражданин (законный представитель гражданина) лично представляет в медицинскую организацию следующие документы:

заявление на целевое обучение по образовательной программе СПО, форма которого является приложением 1 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных, форма которого является приложением 2 к настоящему Порядку;

копию паспорта гражданина;

копию документа государственного образца об основном общем или среднем общем образовании с приложением (при наличии);

справку об обучении в общеобразовательной организации (при отсутствии документа государственного образца об основном общем или среднем общем образовании);

реквизиты лицевого счета гражданина, открытого в российской кредитной организации

(далее – документы).

Если гражданин на момент представления документов не достиг совершеннолетия, то заявление на целевое обучение по образовательной программе СПО, согласие на обработку персональных данных подписываются дополнительно законным представителем гражданина – родителем, усыновителем или попечителем (далее – законный представитель

гражданина), и дополнительно представляются в медицинскую организацию следующие документы:

согласие законного представителя гражданина на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе СПО, оформленное в письменной форме, которая является приложением 3 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных законного представителя гражданина, форма которого является приложением 2 к настоящему Порядку;

копия паспорта законного представителя гражданина;

копия документа, удостоверяющего статус законного представителя гражданина

(далее – документы законного представителя).

Документы законного представителя гражданина не требуются в случаях, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При представлении копий документов (документов законного представителя) предъявляются оригиналы документов.

Документы (документы законного представителя), представленные в копиях, должны быть заверены в установленном порядке.

В случае, если документы (документы законного представителя) представлены не в полном объеме и (или) неправильно оформлены, медицинская организация уведомляет гражданина (законного представителя гражданина) о перечне недостающих документов (документов законного представителя) и (или) неправильно оформленных документах (документах законного представителя) в течение 1 рабочего дня со дня поступления документов.

В случае неустранения недостатков в течение 2 рабочих дней со дня получения уведомления документы (документы законного представителя) возвращаются гражданину (законному представителю гражданина).

14. Медицинская организация принимает документы гражданина (документы законного представителя) и регистрирует их в журнале регистрации документов граждан, форма которого является приложением 4 к настоящему Порядку.

15. С гражданином, документы (документы законного представителя) которого оформлены надлежащим образом и представлены в полном объеме, медицинская организация заключает договор о целевом обучении по образовательной программе СПО в простой письменной форме в соответствии с типовой формой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 г. № 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076».

Договор о целевом обучении по образовательной программе СПО заключается в соответствии с Положением о целевом обучении.

16. Медицинская организация регистрирует договоры о целевом обучении по образовательным программам СПО в журнале регистрации договоров о целевом обучении по образовательным программам СПО, форма которого является приложением 5 к настоящему Порядку.

17. В случае, если гражданин, заключивший договор о целевом обучении по образовательной программе СПО, не принят на обучение в соответствии с характеристиками обучения по образовательным программам СПО, указанными в договоре о целевом обучении по образовательным программам СПО, в срок, указанный в договоре о целевом обучении по образовательным программам СПО, гражданин информирует в письменной форме медицинскую организацию о непоступлении на обучение в соответствии с характеристиками обучения, договор о целевом обучении по образовательным программам СПО расторгается в соответствии с пунктом 28 Положения о целевом обучении.

18. Изменение договора о целевом обучении по образовательным программам СПО, приостановление исполнения обязательств сторон договора о целевом обучении по образовательным программам СПО, расторжение договора о целевом обучении по образовательным программам СПО, освобождение сторон договора о целевом обучении по образовательным программам СПО от исполнения обязательств по договору о целевом обучении по образовательным программам СПО и от ответственности за их неисполнение осуществляется в соответствии с Положением о целевом обучении.

19. Руководители медицинских колледжей обеспечивают:

19.1. Ежегодное установление порядка учета договора о целевом обучении по образовательным программам СПО в правилах приема, утверждаемых соответствующим медицинским колледжем самостоятельно.

19.2. Прием на обучение граждан, заключивших договор о целевом обучении по образовательной программе СПО в соответствии с требованиями, установленными Положением о целевом обучении, Порядком приема на обучение по образовательным программам СПО.

19.3. Направление в медицинские организации уведомления в письменной форме о приеме гражданина на целевое обучение по образовательным программам СПО в месячный срок после зачисления гражданина на целевое обучение в пределах контрольных цифр приема.

19.4. Представление в министерство информации о количестве принятых на целевое обучение по образовательным программам СПО в разрезе специальностей и медицинских организаций в течение трех рабочих дней с даты издания приказов о зачислении.

20. Руководитель медицинской организации информирует в письменной форме министерство о проделанной работе по организации целевого обучения по образовательным программам СПО с указанием списка граждан, поступивших на целевое обучение в медицинские колледжи в соответствии с



заключенными договорами о целевом обучении по образовательным программам СПО, ежегодно в срок до 22 сентября.

21. Отдел государственной гражданской службы и кадровой работы отчитывается о проделанной работе по организации целевого обучения по образовательным программам СПО ежегодно в срок до 30 сентября с 2019 года по 2024 год в соответствии с региональным проектом «Обеспечение медицинских организаций государственной системы здравоохранения квалифицированными кадрами (Ставропольский край)».

Министр



В.Н. Мажаров

## Приложение 1

к Порядку организации целевого  
обучения по образовательным  
программам среднего  
профессионального образования  
для отрасли здравоохранения  
Ставропольского края

ФОРМА

Руководителю \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской  
организации государственной системы  
здравоохранения Ставропольского края)  
(фамилия, инициалы руководителя)  
(полностью фамилия, имя, отчество  
(при наличии) гражданина,  
дата рождения,  
адрес проживания,  
контактный телефон)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение по образовательной  
программе среднего профессионального образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по  
образовательной программе среднего профессионального образования по  
специальности \_\_\_\_\_

(код, наименование специальности)

В \_\_\_\_\_  
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность

по образовательным программам среднего профессионального образования)  
для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего  
трудоустройства в \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации государственной

системы здравоохранения Ставропольского края)  
на должность \_\_\_\_\_

(наименование должности)

Законный представитель гражданина \_\_\_\_\_  
(полностью фамилия, имя,

отчество (при наличии) законного представителя гражданина)

дата рождения \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (дата выдачи, наименование

органа, выдавшего документ, код подразделения) .\*

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

- |     |       |          |              |
|-----|-------|----------|--------------|
| 1.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 2.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 3.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 4.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 5.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 6.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 7.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 8.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 9.  | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 10. | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 11. | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 12. | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 13. | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 14. | _____ | на _____ | л. в 1 экз.; |
| 15. | _____ | на _____ | л. в 1 экз.  |

\_\_\_\_\_ (подпись гражданина)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_ (дата)

Законный представитель гражданина\*:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_ (дата)

\* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## Приложение 2

к Порядку организации целевого  
обучения по образовательным  
программам среднего  
профессионального образования  
для отрасли здравоохранения  
Ставропольского края

ФОРМА

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя гражданина\*))  
регистрация по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование документа, серия, номер,

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации государственной

системы здравоохранения Ставропольского края)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по

образовательным программам среднего профессионального образования)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

на обработку моих персональных данных \_\_\_\_\_  
(полностью фамилия, имя, отчество

(при наличии) гражданина (законного представителя\*))

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка\* \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места  
жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в  
автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в

целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования.

Предоставляю \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации государственной системы

здравоохранения Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную

деятельность по образовательным программам среднего профессионального образования)

право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка\*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения

Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным

программам среднего профессионального образования)

вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка\*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

\_\_\_\_\_  
(подпись гражданина)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Законный представитель\*:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\* Заполняется в случае достижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## Приложение 3

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

## СОГЛАСИЕ

законного представителя гражданина, изъявившего желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования, – родителя, усыновителя или попечителя на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования\*

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя гражданина\*)  
регистрация по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование документа, серия, номер,

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие моему несовершеннолетнему ребенку \_\_\_\_\_

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего гражданина)  
на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности

(код, наименование специальности)

с \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации государственной

системы здравоохранения Ставропольского края)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

и \_\_\_\_\_  
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по

образовательным программам среднего профессионального образования)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации государственной

\_\_\_\_\_ системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность \_\_\_\_\_.

(наименование должности)

**Законный представитель\*:**

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_ (дата)

\* Настоящее согласие является неотъемлемой частью договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования несовершеннолетнего гражданина и медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края.

## Приложение 4

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

## ЖУРНАЛ\*

регистрации документов граждан, изъявивших желание заключить договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования

№ п/п	Дата регистрации документов	Ф.И.О. гражданина, законного представителя (полностью)	Перечень документов	Ф.И.О. и подпись лица, принявшего документы гражданина, законного представителя	Примечание
1.					
...					

\* Журнал должен быть прошит, пронумерован (сквозная нумерация) и скреплен печатью.



Приложение 5

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

ЖУРНАЛ\*

регистрации договоров о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования

N п/п	Ф.И.О. гражданина (полностью)	Реквизиты договора о целевом обучении (дата, номер)	Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам среднего профессионального образования	Специаль- ность	Дата получения гражданином договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования	Подпись гражданина в получении договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования	Примечание
1.							
...							

\* Журнал должен быть прошит, пронумерован (сквозная нумерация) и скреплен печатью.

## УТВЕРЖДЕН

приказом министерства  
здравоохранения  
Ставропольского края  
от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

### ПОРЯДОК

организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

1. Настоящий Порядок определяет правила взаимодействия при проведении мероприятий по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования в целях удовлетворения потребности в кадрах с медицинским образованием медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее – медицинская организация).

2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

Положением о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 г. № 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076» (далее – Положение о целевом обучении);

Порядком приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 октября 2015 г. № 1147 (далее – Порядок приема на обучение по образовательным программам высшего образования);

Порядком приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 мая 2017 г. № 212н (далее – Порядок приема на обучение по образовательным программам ординатуры).

3. Заказчиком целевого обучения по образовательным программам высшего образования (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология») является медицинская организация.

Заказчиком целевого обучения по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология» является министерство

здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство). В договоре о целевом обучении по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология» целесообразно включать стороной указанного в настоящем пункте договора медицинскую организацию, в которую будет трудоустроен гражданин.

4. Право на целевое обучение по образовательным программам высшего образования (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология») в образовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования (далее – образовательная организация), имеют граждане, которые заключили договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования с соответствующей медицинской организацией и приняты на места по конкурсу, проводимому в соответствии с Порядком приема на обучение по образовательным программам высшего образования, Порядком приема на обучение по образовательным программам ординатуры в пределах количества мест для приема на целевое обучение по конкретным специальностям, направлениям подготовки, выделенного образовательной организацией.

Право на целевое обучение по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология» в образовательной организации имеют граждане, которые заключили договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования с министерством и соответствующей медицинской организацией и приняты на места по конкурсу, проводимому в соответствии с Порядком приема на обучение по образовательным программам высшего образования в пределах количества мест для приема на целевое обучение по специальности «стоматология», направлению подготовки специалитета, выделенного образовательной организацией.

5. Гражданин, имеющий среднее (полное) общее образование, среднее профессиональное образование, поступающий на обучение по образовательной программе высшего образования либо обучающийся по образовательной программе высшего образования, вправе заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, если образование данного уровня гражданин получает впервые.

Отсутствие регистрации по месту жительства (по месту пребывания) на территории Ставропольского края у гражданина, изъявившего желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования (далее – гражданин), не может служить основанием для ограничения в заключении договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования.

6. Медицинская организация регулярно проводит в соответствующем муниципальном районе, городском округе Ставропольского края профориентационную работу среди учащихся общеобразовательных

учреждений Ставропольского края с целью их направления на обучение по медицинским специальностям в образовательные организации.

При организации профориентационной работы медицинская организация взаимодействует с органами местного самоуправления соответствующего муниципального района, городского округа Ставропольского края, общеобразовательными учреждениями соответствующего муниципального района, городского округа Ставропольского края и образовательными организациями.

7. Министерство определяет приказом лиц, ответственных в министерстве за работу по организации целевого обучения по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология».

8. Отдел государственной гражданской службы и кадровой работы министерства (далее – отдел государственной гражданской службы и кадровой работы) ежегодно в срок до 1 марта года, предшествующего году приема на целевое обучение (не позднее 21 июня 2018 года – для приема на целевое обучение в 2019 году, не позднее 22 апреля 2019 года – для приема на обучение в 2020 году), запрашивает в медицинских организациях информацию о потребности в подготовке медицинских специалистов с высшим образованием по специальностям, направлениям подготовки, которую необходимо учесть при установлении квоты приема на целевое обучение (далее – информация о потребности в ВО).

9. Руководитель медицинской организации не позднее 15 апреля года, предшествующего году приема на целевое обучение (не позднее 24 августа 2018 года – для приема на целевое обучение в 2019 году, не позднее 15 мая 2019 года – для приема на обучение в 2020 году), может направить в министерство информацию о потребности в ВО соответствующей медицинской организации. Направленная информация о потребности в ВО должна быть подписана руководителем медицинской организации и заверена печатью медицинской организации.

10. Отдел государственной гражданской службы и кадровой работы ежегодно:

10.1. Формирует и подает на согласование министру здравоохранения Ставропольского края (далее – министр) проект сводной информации о потребности в ВО не позднее 8 мая года, предшествующего году приема на целевое обучение (не позднее 9 ноября 2018 года – для приема на целевое обучение в 2019 году, не позднее 20 мая 2019 года – для приема на обучение в 2020 году).

10.2. Осуществляет подготовку проекта письма Правительства Ставропольского края о направлении информации о потребности в ВО в Министерство здравоохранения Российской Федерации не позднее 27 мая года, предшествующего году приема на целевое обучение (не позднее 5 апреля 2019 года – для приема на целевое обучение в 2019 году).

10.3. Доводит до сведения медицинских организаций и размещает на официальном сайте министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – официальный сайт) информацию о количестве мест для приема на целевое обучение по конкретным специальностям, направлениям подготовки, выделенном образовательной организацией, в течение двух рабочих дней со дня поступления соответствующей информации от образовательной организации.

11. Руководитель медицинской организации определяет приказом лицо (лиц), ответственное(ых) в соответствующей медицинской организации за работу по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования, не позднее 15 апреля (не позднее 31 мая 2019 года – для приема на целевое обучение в 2019 году) и обеспечивает представление его заверенной копии в министерство не позднее пяти рабочих дней со дня подписания приказа.

12. Медицинская организация, министерство обязаны ежегодно приказами устанавливать сроки начала подачи гражданами документов, медицинская организация – указанных в подпунктах 14.1, 14.3, 14.4 настоящего Порядка, министерство – указанных в подпунктах 14.2, 14.3, 14.4 настоящего Порядка, и обеспечивать их размещение на официальном сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – официальный сайт), официальном сайте министерства соответственно в течение 2 рабочих дней с даты его издания.

13. Медицинская организация (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология»), министерство (по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология») обеспечивают оповещение граждан путем размещения объявлений на официальном сайте соответствующей медицинской организации, официальном сайте министерства об организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования с указанием специальностей, в том числе о сроках начала и окончания приема документов граждан, списках необходимых документов.

14. В целях заключения договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования граждан (законный представитель гражданина) лично представляет:

14.1. В медицинскую организацию (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология») следующие документы:

заявление на целевое обучение по образовательной программе высшего образования, форма которого является приложением 1 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных, форма которого является приложением 2 к настоящему Порядку;

копию паспорта гражданина;

копию документа государственного образца о среднем (полном) общем

образовании либо среднем профессиональном образовании с приложением (при наличии);

справку об обучении в общеобразовательной организации либо образовательной организации среднего профессионального образования (при отсутствии документа государственного образца о среднем (полном) общем образовании либо среднем профессиональном образовании);

реквизиты лицевого счета гражданина, открытого в российской кредитной организации.

14.2. В министерство (по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология»):

ходатайство медицинской организации, форма которого является приложением 3 к настоящему Порядку;

заявление на целевое обучение по образовательной программе высшего образования, форма которого является приложением 4 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных, форма которого является приложением 5 к настоящему Порядку;

копию паспорта гражданина;

копию документа государственного образца о среднем (полном) общем образовании либо среднем профессиональном образовании с приложением (при наличии);

справку об обучении в общеобразовательной организации либо образовательной организации среднего профессионального образования (при отсутствии документа государственного образца о среднем (полном) общем образовании либо среднем профессиональном образовании);

реквизиты лицевого счета гражданина, открытого в российской кредитной организации.

14.3. Если гражданин на момент представления документов, указанных в подпунктах 14.1, 14.2 настоящего пункта, не достиг совершеннолетия, то заявление на целевое обучение по образовательной программе высшего образования, согласие на обработку персональных данных подписываются дополнительно законным представителем гражданина – родителем, усыновителем или попечителем (далее – законный представитель гражданина), и дополнительно представляются в медицинскую организацию (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология»), в министерство (по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология») следующие документы:

согласие законного представителя гражданина на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, оформленное в письменной форме, которая является приложением 6 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных законного представителя гражданина, форма которого является приложением 2 к настоящему Порядку,

если согласие представляется в медицинскую организацию, либо приложением 5 к настоящему Порядку, если согласие представляется в министерство;

копия паспорта законного представителя гражданина;

копия документа, удостоверяющего статус законного представителя гражданина

(далее – документы законного представителя).

Документы, указанные в настоящем подпункте, не требуются в случаях, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

14.4. При представлении копий документов, указанных в подпунктах 14.1, 14.2, 14.3 настоящего пункта (далее – документы), предъявляются оригиналы документов.

Документы, представленные в копиях, должны быть заверены в установленном порядке.

В случае, если документы представлены не в полном объеме и (или) неправильно оформлены, медицинская организация (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология»), министерство (по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология») уведомляет гражданина (законного представителя гражданина) о перечне недостающих документов и (или) неправильно оформленных документах в течение 1 рабочего дня со дня поступления документов.

В случае неустранения недостатков в течение 2 рабочих дней со дня получения уведомления документы возвращаются гражданину (законному представителю гражданина).

15. Медицинская организация (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология»), министерство (по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология») принимает документы гражданина и регистрирует их в журнале регистрации документов граждан, форма которого является приложением 7 к настоящему Порядку.

16. С гражданином, документы которого оформлены надлежащим образом и представлены в полном объеме, медицинская организация (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология») заключает договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования в простой письменной форме в соответствии с типовой формой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 г. № 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076».

С гражданином, изъявившим желание участвовать в целевом приеме по

образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология», документы которого оформлены надлежащим образом и представлены в полном объеме, министерство и медицинская организация заключают договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования в простой письменной форме в соответствии с типовой формой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 г. № 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076».

Договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования заключается в соответствии с Положением о целевом обучении.

17. Медицинская организация (за исключением образовательной программы высшего образования по специальности «стоматология»), министерство (по образовательной программе высшего образования по специальности «стоматология») регистрируют договоры о целевом обучении по образовательным программам высшего образования в журнале регистрации договоров о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, форма которого является приложением 8 к настоящему Порядку.

18. Руководитель медицинской организации информирует в письменной форме министерство о проделанной работе по организации целевого обучения с указанием списка граждан, поступивших на целевое обучение в образовательные организации в соответствии с заключенными договорами о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, в течение трех рабочих дней со дня получения уведомления от образовательной организации о приеме гражданина на целевое обучение.

19. В случае, если гражданин, заключивший договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, не принят на обучение в соответствии с характеристиками обучения по образовательным программам высшего образования, указанными в договоре о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, в срок, указанный в договоре о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, гражданин информирует в письменной форме медицинскую организацию о непоступлении на обучение в соответствии с характеристиками обучения, договор о целевом обучении по образовательным программам высшего образования расторгается в соответствии с пунктом 28 Положения о целевом обучении.

20. Изменение договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, приостановление исполнения обязательств сторон договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, расторжение договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, освобождение сторон



договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования от исполнения обязательств по договору о целевом обучении по образовательным программам высшего образования и от ответственности за их неисполнение осуществляется в соответствии с Положением о целевом обучении.

21. Отдел государственной гражданской службы и кадровой работы отчитывается о проделанной работе по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования ежегодно с 2019 года по 2024 год по программам специалитета в срок до 31 июля, по образовательным программам ординатуры в срок до 31 августа в соответствии с региональным проектом «Обеспечение медицинских организаций государственной системы здравоохранения квалифицированными кадрами (Ставропольский край)».

Министр



В.Н. Мажаров

## Приложение 1

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

Руководителю \_\_\_\_\_  
 (наименование медицинской  
 организации государственной системы  
 здравоохранения Ставропольского края)  
 \_\_\_\_\_  
 (фамилия, инициалы руководителя)  
 \_\_\_\_\_  
 (полностью фамилия, имя, отчество  
 (при наличии) гражданина,  
 дата рождения,  
 адрес проживания,  
 контактный телефон)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение по образовательной  
 программе высшего образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования по специальности

\_\_\_\_\_ (код, наименование специальности)

В \_\_\_\_\_  
 (наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность

\_\_\_\_\_ по образовательным программам высшего образования)

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации государственной

\_\_\_\_\_ системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность \_\_\_\_\_  
 (наименование должности)

Законный представитель гражданина \_\_\_\_\_  
 (полностью фамилия, имя,

\_\_\_\_\_

отчество (при наличии) законного представителя)

дата рождения \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (дата выдачи, наименование\_\_\_\_\_.\*  
органа, выдавшего документ, код подразделения)

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

1. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
2. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
3. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
4. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
5. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
6. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
7. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
8. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
9. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
10. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
11. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
12. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
13. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
14. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;
15. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

\_\_\_\_\_  
(подпись гражданина)\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)\_\_\_\_\_  
(дата)

Законный представитель гражданина\*:

\_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)\_\_\_\_\_  
(дата)

\* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## Приложение 2

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (законного представителя\*))

регистрация по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

(наименование документа, серия, номер,

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации государственной

системы здравоохранения Ставропольского края)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по

образовательным программам высшего образования)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

на обработку моих персональных данных \_\_\_\_\_

(полностью фамилия, имя, отчество

(при наличии) гражданина или законного представителя\*)

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка\* \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом

обучении по образовательным программам высшего образования.

Предоставляю \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации государственной системы

здравоохранения Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную

деятельность по образовательным программам высшего образования)

право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка\*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения

Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным

программам высшего образования)

вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка\*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

\_\_\_\_\_  
(подпись гражданина)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Законный представитель\*:**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## Приложение 3

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

Бланк медицинской организации  
с исходящими датой и номером

Министру здравоохранения  
Ставропольского края

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия министра)

## ХОДАТАЙСТВО

Прошу заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования по специальности «31.05.03 стоматология» в

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации, осуществляющей образовательную

деятельность по образовательной программе высшего образования)

с гражданином \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(полностью фамилия, имя,

\_\_\_\_\_  
отчество (при наличии) гражданина)

с целью дальнейшего трудоустройства в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации

\_\_\_\_\_  
государственной системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование должности)

Осуществление мер социальной поддержки гражданину во время обучения, прохождение практики и трудоустройство гарантирую.

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя  
медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия  
руководителя)

М.П.

## Приложение 4

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

Министру здравоохранения  
Ставропольского края

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия министра)

\_\_\_\_\_ (полностью фамилия, имя,

отчество (при наличии) гражданина.

\_\_\_\_\_ дата рождения,

\_\_\_\_\_ адрес проживания,

\_\_\_\_\_ контактный телефон)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на целевое обучение по образовательной  
программе высшего образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по образовательной программе специалитета по специальности «31.05.03 стоматология» в \_\_\_\_\_

(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность

\_\_\_\_\_ по образовательным программам высшего образования)

для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего трудоустройства в \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации

\_\_\_\_\_ государственной системы здравоохранения Ставропольского края)

на должность \_\_\_\_\_.

Законный представитель гражданина \_\_\_\_\_

(полностью фамилия, имя,

\_\_\_\_\_ отчество (при наличии) законного представителя)

дата рождения \_\_\_\_\_

проживающий по адресу \_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

(серия, номер)

(дата выдачи, наименование

\_\_\_\_\_.\*  
 органа, выдавшего документ, код подразделения)

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

1. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
2. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
3. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
4. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
5. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
6. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
7. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
8. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
9. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
10. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
11. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
12. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
13. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
14. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.;
15. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в 1 экз.

\_\_\_\_\_  
 (подпись гражданина)

\_\_\_\_\_  
 (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
 (дата)

**Законный представитель\*:**

\_\_\_\_\_  
 (подпись)

\_\_\_\_\_  
 (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
 (дата)

\* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.



## Приложение 5

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя\*))  
регистрация по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование документа, серия, номер,

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие министерству здравоохранения Ставропольского края, расположенному по адресу: Российская Федерация, Ставропольский край, город Ставрополь, улица Маршала Жукова, дом 42/311 (далее – министерство),

(наименование медицинской

организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края)  
расположенной по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес расположения медицинской организации)

(далее – медицинская организация) на обработку моих персональных данных

\_\_\_\_\_,  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя\*)  
персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка\*

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в

целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования.

Предоставляю министерству здравоохранения Ставропольского края, медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка\*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Министерство здравоохранения Ставропольского края, медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка\*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

\_\_\_\_\_  
(подпись гражданина)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Законный представитель\*:**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## Приложение 6

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

## СОГЛАСИЕ

законного представителя гражданина, изъявившего желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, – родителя, усыновителя или попечителя на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования\*

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя гражданина)

регистрация по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование документа, серия, номер.

дата выдачи, наименования органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие моему несовершеннолетнему ребенку \_\_\_\_\_

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего гражданина)

на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования по специальности \_\_\_\_\_

(код, наименование специальности)

с \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации государственной

системы здравоохранения Ставропольского края)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

\*\*

(министерством здравоохранения Ставропольского края\*\*)

расположенным по адресу: \_\_\_\_\_

\*\*

(Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, д. 42/311)

и \_\_\_\_\_  
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по

\_\_\_\_\_ ,  
образовательным программам высшего образования)  
расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
для получения требуемой медицинской специальности и дальнейшего  
трудоустройства в \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации государственной

\_\_\_\_\_ ,  
системы здравоохранения Ставропольского края)  
на должность \_\_\_\_\_ .  
(наименование должности)

\_\_\_\_\_ .  
\* Настоящее согласие является неотъемлемой частью договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования несовершеннолетнего гражданина и медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края, указанными в настоящем согласии.

\*\* Заполняется в случае заключения договора о целевом обучении по программам высшего образования по специальности «стоматология».

## Приложение 7

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

## ЖУРНАЛ\*

регистрации документов граждан, изъявивших желание заключить договор о целевом приеме по образовательной программе высшего образования

№ п/п	Дата регистрации документов	Ф.И.О. гражданина, законного представителя (полностью)	Перечень документов	Ф.И.О. и подпись лица, принявшего документы гражданина, законного представителя	Примечание
1.					
...					

\* Журнал должен быть прошит, пронумерован (сквозная нумерация) и скреплен печатью.

Приложение 8

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

ЖУРНАЛ\*

регистрации договоров о целевом обучении по образовательным программам высшего образования

N п/п	Ф.И.О. гражданина (полностью)	Реквизиты договора о целевом обучении (дата, номер)	Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования	Специаль- ность	Дата получения гражданином договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования	Подпись гражданина в получении договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования	Примечание
1.							
...							

\* Журнал должен быть прошит, пронумерован (сквозная нумерация) и скреплен печатью