



МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН «КРАСНОГВАРДЕЙСКИЙ РАЙОН»  
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**МУНИЦИПАЛЬНЫЙ СОВЕТ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА  
«КРАСНОГВАРДЕЙСКИЙ РАЙОН»**

*Пятое заседание*

**РЕШЕНИЕ**

27 декабря 2023 года

№ 7

**Об утверждении**

**Порядка выплаты компенсации расходов найма жилого помещения  
медицинскому работнику с высшим или средним специальным  
образованием, прибывшему для работы в муниципальный район  
«Красногвардейский район» Белгородской области**

В соответствии с Федеральным законом от 06 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», в целях предоставления дополнительных мер социальной поддержки медицинским работникам с высшим или средним специальным образованием, прибывшим для работы на территорию района, Муниципальный совет Красногвардейского района **р е ш и л**:

1. Утвердить Порядок выплаты компенсации расходов найма жилого помещения медицинскому работнику с высшим образованием или средним специальным образованием, прибывшему для работы в муниципальный район «Красногвардейский район» Белгородской области (прилагается).

2. Разместить настоящее решение на официальном сайте органов местного самоуправления муниципального района «Красногвардейский район» Белгородской области (<https://biryuch-r31.gosweb.gosuslugi.ru>) и сетевом издании Красногвардейского района «Знамя труда-31» (<https://gazeta-trud.ru>).

3. Контроль за выполнением настоящего решения возложить на постоянную комиссию по социальной политике, связям с общественными организациями и СМИ Муниципального совета Красногвардейского района (Рубцова Е.А.).

Председатель Муниципального совета  
Красногвардейского района



*Л.Н. Митюшин*  
**Л.Н. Митюшин**

## Приложение

**УТВЕРЖДЕН**  
решением Муниципального совета  
Красногвардейского района  
от 27 декабря 2023 г.  
№ 7

**Порядок**  
**выплаты компенсации расходов найма жилого помещения**  
**медицинскому работнику с высшим или средним специальным**  
**образованием, прибывшему для работы в муниципальный район**  
**«Красногвардейский район» Белгородской области**

### 1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок устанавливает механизм предоставления мер социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации расходов, связанных с наймом жилого помещения врачам-специалистам и среднему медицинскому персоналу, оказывающим первичную и специализированную медицинскую помощь в государственных медицинских организациях, расположенных на территории муниципального района «Красногвардейский район» Белгородской области (далее – медицинские работники).

1.2. Главным распорядителем бюджетных средств, предусмотренных на соответствующий финансовый год в бюджете муниципального района «Красногвардейский район» (далее - Красногвардейский район) на обеспечение компенсационных выплат, является администрация Красногвардейского района.

1.3. Заявление о предоставлении компенсационной выплаты (далее – заявление) по форме согласно приложению №1 к настоящему Порядку подается через работодателя – медицинское учреждение в администрацию Красногвардейского района.

1.4. Частичная компенсация за наем жилого помещения предоставляется из расчета 15000 (пятнадцать тысяч) рублей ежемесячно, но не более ежемесячной суммы платы за наем жилого помещения, предусмотренной договором найма жилого помещения (оплата коммунальных услуг и потребляемых ресурсов не учитывается).

1.5. Частичная компенсация за наем жилого помещения по договору найма жилого помещения в районе обеспечиваются за счет средств бюджета Красногвардейского района в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных на текущий финансовый год.

1.6. Предельное количество получателей мер социальной поддержки регулируется в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных на текущий финансовый год.

## **2. Условия предоставления частичной компенсационной выплаты, связанной с наймом жилого помещения**

2.1. Компенсационные выплаты по договорам найма жилых помещений осуществляются на основании решения Комиссии, распоряжения о предоставлении ежемесячной компенсационной выплаты медицинским работникам и заключенного договора о предоставлении частичной компенсации расходов, связанных с наймом жилого помещения по форме согласно приложению № 2 к Порядку.

Право на получение компенсационных выплат имеют медицинские работники, которые одновременно отвечают следующим условиям на дату подачи заявления:

- наличие у медицинского работника гражданства Российской Федерации;
- работа в государственных медицинских учреждениях Красногвардейского района является основным местом работы по трудовому договору;

- стаж работы в государственном медицинском учреждении – не менее 3 месяцев;

- медицинский работник и его супруг(а) не является нанимателем жилого помещения по договорам социального найма, коммерческого найма, найма служебного жилого помещения на территории Красногвардейского района;

- отсутствие у медицинского работника и членов его семьи в собственности жилых помещений, расположенных на территории Красногвардейского района;

- наличие договора найма жилого помещения на территории Красногвардейского района, заключенного между медицинским работником (нанимателем) и собственником жилого помещения (наймодателем) в установленном законом порядке;

- отсутствие права на получение частичной компенсации стоимости проезда на общественном автомобильном (автобус) и железнодорожном транспорте (кроме скоростного) по маршрутам регулярных перевозок до места работы в Красногвардейском районе и обратно;

- не имеющие за период трудовой деятельности медицинским работником и его супругом(ой) полученных иных выплат компенсационного характера, связанных с трудовой деятельностью в учреждении здравоохранения и их жилищными условиями (на усмотрение администрации Красногвардейского района).

2.2. Для получения компенсационной выплаты, назначенные приказом государственного медицинского учреждения, ответственные лица в срок не позднее 15 числа текущего месяца, предоставляют в администрацию

Красногвардейского района следующие документы медицинских работников, претендующих на получение компенсационной выплаты:

- заявление о предоставлении компенсационной выплаты согласно приложению №1 к Порядку с указанием реквизитов лицевого счета медицинского работника, открытого им в кредитной организации, для зачисления денежных средств;

- ходатайство руководителя (главного врача) государственного медицинского учреждения о предоставлении компенсационной выплаты медицинскому работнику;

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность медицинского работника в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также членов его семьи (супруга (и), детей) (копия, заверенная и скрепленная печатью государственного медицинского учреждения – работодателем медицинских работников, претендующих на право получения компенсации);

- документы, подтверждающие родство медицинского работника с лицами, заявленными в качестве членов семьи (супруг, супруга, дети) (копии паспортов, свидетельство о браке, свидетельство о рождении) (копия, заверенная и скрепленная печатью медицинского учреждения – работодателем медицинских работников, претендующих на право получения компенсации);

- копию договора найма жилого помещения, расположенного на территории Красногвардейского района (копия, заверенная и скрепленная печатью медицинского учреждения – работодателем медицинских работников, претендующих на право получения компенсации);

- документ, подтверждающий внесение платы по договору найма жилого помещения (копия расписки, платежное поручение, иной документ, подтверждающий оплату по договору найма);

- характеристика медицинского учреждения – работодателя, включающая в себя в том числе полученное образование медицинского работника, сроков и мест трудовой деятельности, особых условий труда по трудовому договору;

- копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (ИНН) физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации (копия, заверенная и скрепленная печатью медицинского учреждения – работодателем медицинских работников, претендующих на право получения компенсации);

- выписку (справку) из Единого государственного реестра недвижимости, подтверждающую отсутствие жилых помещений, принадлежащих медицинскому работнику и членам его семьи (по инициативе заявителя) на территории Красногвардейского района;

- справку органа, осуществляющего учет жилья, предоставляемого гражданам на условиях социального найма, об отсутствии у заявителя и членов его семьи жилья на условиях социального, служебного, коммерческого найма на территории городского округа (оригинал) (по инициативе заявителя);

- справки с места работы медицинским работником и его супруги (а) об отсутствии (наличии) единовременных и (или) периодических выплат

компенсационного характера, связанных с трудовой деятельностью в медицинских учреждениях и их жилищными условиями;

- согласие на обработку персональных данных от заявителя и членов его семьи в целях получения компенсационной выплаты, подписанное совершеннолетними членами семьи (оригинал) согласно приложению №3 к Порядку.

2.3. Предоставление частичной компенсационной выплаты медицинским работникам, связанной с наймом жилого помещения, начинается с месяца, в котором представлено заявление на предоставление частичной компенсационной выплаты после вынесенного Комиссией решения о предоставлении частичной компенсации и заключения договора о предоставлении компенсации и осуществляется ежемесячно в сроки, предусмотренные договором о предоставлении частичной компенсации расходов на основании документов, подтверждающих расходы, связанные с наймом жилого помещения.

Компенсационная выплата за неполный месяц проживания производится пропорционально числу дней фактического проживания.

2.4. Администрация Красногвардейского района проверяет подлинность представленных медицинским работником в соответствии с пунктом 2.2 настоящего Порядка документов, полноту и достоверность содержащихся в них сведений.

2.5. Решение о предоставлении компенсационной выплаты в соответствии с пунктом 2.1 Порядка или об отказе в предоставлении компенсационной выплаты принимается в течение 15 рабочих дней со дня подачи документов, указанных в пункте 2.2 настоящего Порядка.

2.6. Основаниями для отказа в предоставлении компенсационной выплаты являются:

- непредставление (предоставление не в полном объеме) документов, перечисленных в пункте 2.2 настоящего Порядка;

- отсутствие у медицинского работника гражданства Российской Федерации;

- работа в медицинских государственных учреждениях Красногвардейского района не является основным местом работы по трудовому договору;

- стаж работы в государственном медицинском учреждении менее 3 (трех) месяцев;

- медицинский работник и (или) его супруг(а) являются нанимателями жилого помещения по договорам социального найма, коммерческого найма, найма служебного жилого помещения в Красногвардейском районе;

- в случае, если у медицинского работника и (или) членов его семьи имеются в собственности жилые помещения, расположенные на территории Красногвардейского района;

- в случае, если договор найма жилого помещения на территории Красногвардейского района, заключен между медицинским работником

(нанимателем) и наймодателем, не являющимся собственником жилого помещения, и не имеющим право передавать в найм жилое помещение в установленном законом порядке;

- в случае заключения медицинским работником договора найма жилого помещения с его близкими родственниками (муж, жена, родные брат, сестра, мать, отец, дети);

- получение за период трудовой деятельности медицинским работником и его супругом(ой) в учреждении здравоохранения иных выплат компенсационного характера (на усмотрение администрации Красногвардейского района);

- получение частичной компенсации стоимости проезда на общественном автомобильном (автобус) и железнодорожном транспорте (кроме скоростного) по маршрутам регулярных перевозок до места работы в Красногвардейском районе и обратно;

- отсутствие средств в бюджете Красногвардейского района на предоставление выплаты компенсации расходов найма жилого помещения медицинскому работнику;

- предоставление медицинским работником недостоверных сведений, необходимых для предоставления выплаты.

2.7. Основаниями для прекращения компенсационной выплаты являются:

- отказ медицинского работника от получения компенсационной выплаты;

- расторжение трудового договора между государственным медицинским учреждением и медицинским работником;

- несвоевременное предоставление (непредставление) в администрацию Красногвардейского района документов, указанных в пункте 2.2 настоящего Порядка;

- приобретение (получение) в собственность медицинским работником и (или) членами его семьи (супругом, супругой, детьми) жилых помещений на территории Красногвардейского района;

- предоставление медицинскому работнику и (или) членам его семьи (супругу, супруге) жилого помещения на условиях договора социального, служебного, коммерческого найма;

- предоставление медицинским работником недостоверных сведений;

- расторжение договора найма (поднайма) жилого помещения в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации;

- уход медицинского работника в отпуск по уходу за ребенком;

- отсутствие средств в бюджете Красногвардейского района на выполнение мероприятия;

- несвоевременное предоставление в администрацию Красногвардейского района медицинским работником документов, подтверждающих оплату за наем жилого помещения.

2.8. Предоставление компенсационной выплаты прекращается с 1 (первого) числа месяца, следующего за месяцем, в котором выявлено одно из оснований, указанных в п. 2.7 настоящего Порядка.

2.9. Медицинский работник, получающий компенсационную выплату, обязан в течение трех рабочих дней сообщить в письменной форме в администрацию Красногвардейского района об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты денежной компенсации.

2.10. В случае прекращения предоставления компенсационной выплаты при выявлении факта предоставления медицинским работником недостоверных сведений выплата денежной компенсации прекращается без права ее возобновления. Необоснованно полученная компенсационная выплата возвращается заявителем в бюджет Красногвардейского района по требованию администрации Красногвардейского района в течение 10 дней с даты получения заявителем такого требования с указанием оснований для прекращения предоставления компенсационной выплаты.

В случае отказа от добровольного возврата указанных денежных средств медицинским работником администрация Красногвардейского района вправе требовать ее возврата через суд в порядке, установленном законодательством РФ.

### **3. Заключение договоров для предоставления компенсационной выплаты медицинским работникам**

3.1. Договор о предоставлении частичной компенсации расходов, связанных с наймом жилого помещения между медицинским работником и администрацией Красногвардейского района заключается на основании решения Комиссии и распоряжения о предоставлении ежемесячной компенсационной выплаты медицинским работникам.

3.2. По основаниям, предусмотренным пунктом 2.7 Договор на предоставление частичной компенсации досрочно расторгается в одностороннем порядке, о чем медицинский работник уведомляется в письменном виде.

## Приложение №1

к Порядку выплаты компенсации  
расходов найма жилого помещения  
медицинскому работнику с высшим или  
средним специальным образованием,  
прибывшему для работы в  
муниципальный район  
«Красногвардейский район»  
Белгородской области

Главе администрации  
Красногвардейского района

от \_\_\_\_\_  
(Ф. И.О. заявителя полностью)

\_\_\_\_\_ (должность и место работы заявителя)  
зарегистрированного по адресу:

Телефон: \_\_\_\_\_

## Заявление

В соответствии с Порядком выплаты компенсации расходов найма жилого помещения медицинскому работнику с высшим или средним специальным образованием, прибывшему для работы в муниципальный район «Красногвардейский район» Белгородской области, утвержденным решением Муниципального совета муниципального района «Красногвардейский район» от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г. № \_\_\_\_\_,

Прошу предоставить мне компенсационную выплату

\_\_\_\_\_ (оплата жилого помещения по договору найма)

в соответствии с предоставленными документами.

Компенсационную выплату прошу перечислять на лицевой счет

№ \_\_\_\_\_

В \_\_\_\_\_

(название и реквизиты финансовой организации, в которой открыт расчетный счет)

К/сч \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_

Даю согласие в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных в целях предоставления частичной компенсации оплаты жилого помещения, а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями, представленными мной.

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (расшифровка подписи)



## Приложение №2

к Порядку выплаты компенсации расходов найма жилого помещения медицинскому работнику с высшим или средним специальным образованием, прибывшему для работы в муниципальный район «Красногвардейский район» Белгородской области

## ДОГОВОР

о предоставлении частичной компенсации расходов, связанных с наймом жилого помещения.

Белгородская область  
г. Бирюч

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Администрация Красногвардейского района в лице главы администрации \_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Администрация», с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (полностью), дата рождения \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_ (название, реквизиты и дата выдачи документа, подтверждающего личность)

(наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность) зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

На основании решения Комиссии по предоставлению выплаты компенсации расходов найма жилого помещения медицинскому работнику от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ и распоряжения администрации Красногвардейского района от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

1.1. Администрация предоставляет Медицинскому работнику, работающему

\_\_\_\_\_ (должность и название государственного учреждения здравоохранения)

частичную компенсацию расходов, связанных с наймом (поднаймом) жилого помещения

## 2. Права и обязанности Сторон

2.1. Администрация имеет право:

2.1.1. Осуществлять контроль за целевым использованием Медицинским работником средств бюджета Красногвардейского района, перечисляемых на его лицевой счет по настоящему Договору.

2.1.2. Проверять достоверность сведений, содержащихся в представленных Медицинским работником документах.

2.1.3. Прекращать перечисление компенсации Медицинскому работнику в случаях:  
- непредставление (предоставление не в полном объеме), несвоевременное предоставление документов, перечисленных в пункте 2.2 Порядка выплаты компенсации

расходов найма жилого помещения медицинскому работнику с высшим или средним специальным образованием, прибывшему для работы в муниципальный район «Красногвардейский район» Белгородской области (далее – Порядок);

- отказ медицинского работника от получения компенсационной выплаты;
- расторжение трудового договора между государственным медицинским учреждением и медицинским работником;
- приобретение (получение) в собственность медицинским работником и (или) членами его семьи (супругом, супругой, детьми) жилых помещений на территории Красногвардейского района;
- предоставление медицинскому работнику и (или) членам его семьи (супругу, супруге) жилого помещения на условиях договора социального, служебного, коммерческого найма;
- предоставление медицинским работником недостоверных сведений;
- расторжение договора найма (поднайма) жилого помещения в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации;
- уход медицинского работника в отпуск по уходу за ребенком;
- отсутствие средств в бюджете Красногвардейского района на выполнение мероприятия;
- несвоевременное предоставление в администрацию Красногвардейского района медицинским работником документов, подтверждающих оплату за наем жилого помещения.

## 2.2. Администрация обязана:

2.2.1. Перечислять компенсацию Медицинскому работнику в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором на лицевой счет медицинского работника.

2.2.2. Уведомлять (письменно) Медицинского работника о расторжении договора и о прекращении перечисления компенсации.

## 2.3. Медицинский работник обязан:

2.3.1. Своевременно предоставлять в Администрацию информацию, связанную с выплатой компенсации.

2.3.2. Ежемесячно не позднее 10 числа месяца, следующего за месяцем, в котором была произведена оплата по договору найма жилого помещения предоставлять в Администрацию справку с места работы и документы, подтверждающие оплату по договору найма жилого помещения.

2.3.3. Незамедлительно уведомить Администрацию о возникновении обстоятельств, влекущих расторжение Договора в соответствии с п.4.3 настоящего Договора.

## 3. Расчёт по Договору

3.1. Размер компенсации устанавливается п.1.5. Порядка и составляет 15000 (пятнадцать тысяч) рублей ежемесячно, но не более ежемесячной суммы платы за наем жилого помещения, предусмотренной договором найма жилого помещения (оплата коммунальных услуг и потребляемых ресурсов не учитывается).

3.2. Перечисление компенсации производится ежемесячно в течение 15 рабочих дней со дня предоставления Медицинским работником документов, подтверждающих оплату по договору найма жилого помещения.

## 4. Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

4.2. Изменение условий настоящего Договора, его расторжение и прекращение допускаются по соглашению Сторон, а также в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Вносимые дополнения и изменения оформляются дополнительными соглашениями к настоящему Договору, являющимися его неотъемлемой частью.

4.3. Администрация вправе досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке в случаях, установленных п.2.7 Порядка.

4.4. Любая из Сторон вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке, направив другой стороне письменное уведомление.

### 5. Ответственность Сторон

5.1. За невыполнение и (или) ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае прекращения предоставления компенсационной выплаты при выявлении факта предоставления медицинским работником недостоверных сведений выплата денежной компенсации прекращается без права ее возобновления. Необоснованно полученная компенсационная выплата возвращается заявителем в бюджет Красногвардейского района по требованию администрации Красногвардейского района в течение 10 дней с даты получения заявителем такого требования с указанием оснований для прекращения предоставления компенсационной выплаты.

### 6. Разрешение споров

6.1. Стороны решают разногласия, которые могут возникнуть в рамках настоящего договора, путём переговоров.

6.2. В случае, если результат переговоров не будет достигнут, Стороны решают спор в судебном порядке.

6.3. В остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

### 7. Заключительные положения

7.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и для Комиссии по предоставлению выплаты компенсации расходов найма жилого помещения медицинскому работнику.

### 8. Адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

<p><b>Администрация Красногвардейского района</b>          Адрес: 309920 Белгородская область, Красногвардейский район, г. Бирюч, пл. Соборная, д. 1          Банковские реквизиты:          УФК по Белгородской области (Администрация Красногвардейского района)          ИНН 3111001911          КПП 311101001          ОКТМО 14642151          р/с 03231643146420002600          БИК 011403102          к/с 40102810745370000018          Наименование банка: Отделение Белгород/УФК по Белгородской области г. Белгород          ОГРН - 1023100931688</p>	<p><b>Медицинский работник</b></p> <p>_____ (фамилия, имя, отчество)</p> <p>дата рождения _____          Паспорт: _____</p> <p>Выдан _____</p> <p>Зарегистрирован(а) _____ по _____ адресу: _____</p> <p>Лицевой счет № _____ в _____          (наименование финансово-кредитной организации)</p>
--	---

— Глава

администрации

М.П.

Медицинский работник

(подпись)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (подпись)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (расшифровка подписи)

## Приложение №3

**к Порядку выплаты компенсации  
расходов найма жилого помещения  
медицинскому работнику с высшим или  
средним специальным образованием,  
прибывшему для работы в  
муниципальный район  
«Красногвардейский район» Белгородской  
области**

**Главе администрации  
Красногвардейского района**

от \_\_\_\_\_

(Ф. И.О. заявителя полностью)  
зарегистрированного по адресу:

Телефон: \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных заявителя и членов  
его семьи в целях получения компенсационной выплаты**

Я, и члены моей семьи подтверждаем свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных и проведение проверки представленных сведений и направления запросов в рамках межведомственного взаимодействия, в том числе и в автоматизированном режиме.

Целью обработки персональных данных членов семьи является обоснованность получения мер социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации расходов, связанных с наймом жилого помещения врачам-специалистам и среднему медицинскому персоналу, оказывающим первичную и специализированную медицинскую помощь в государственных медицинских организациях, расположенных на территории муниципального района «Красногвардейский район» Белгородской области.

№ п/п	ФИО	Год рождения	Личная подпись членов семьи заявителя (за детей до 18 лет подписывается законный представитель)

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

С положениями Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» ознакомлены.