Приложение к Положению о частичной компенсации студентам медицинских государственных образовательных учреждений, врачам клиническим ординаторам, обучающимся по целевым направлениям Министерства здравоохранения Камчатского края, за проживание в общежитии в период целевого обучения

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 проживание в общежитии за период целевого обучения с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. 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)