

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О ВКЛЮЧЕНИИ В ПОИМЕННЫЙ СПИСОК МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИЛИ ПОИМЕННЫЙ СПИСОК РАБОТНИКОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЕФИЦИТНЫХ ПРОФЕССИЙ, ПРЕТЕНДУЮЩИХ
НА ПОЛУЧЕНИЕ БЮДЖЕТНЫХ СУБСИДИЙ**

Я, _____,
(Ф.И.О.)

основное место работы _____,

должность _____,

прошу включить меня в поименный список:

_____ молодых специалистов здравоохранения, претендующих на получение бюджетных субсидий или _____ работников здравоохранения дефицитных профессий, претендующих на получение бюджетных субсидий в рамках постановления Правительства Ростовской области от 30.08.2012 № 831 «Об утверждении Положения о порядке предоставления молодым специалистам здравоохранения и работникам здравоохранения дефицитных профессий бюджетных субсидий на приобретение (строительство) жилья».

Данным заявлением выражаю свою готовность принять на себя обязательство вернуть полученную бюджетную субсидию в случае увольнения или перевода на другую работу, не относящуюся к областной либо муниципальной организации здравоохранения Ростовской области, до истечения 10 лет с даты перечисления бюджетной субсидии.

(дата)

(подпись)

В случае принятия положительного решения комиссией _____

(название областной или муниципальной организации здравоохранения Ростовской области по месту работы заявителя)

готово подписать трехсторонний договор с ГБУ РО «Агентство жилищных программ» и заявителем о предоставлении бюджетной субсидии и уведомлять ГБУ РО «Агентство жилищных программ» в установленные сроки об увольнении или переводе на другую работу, не относящуюся к областной либо муниципальной организации здравоохранения Ростовской области, заявителя до истечения 10 лет с даты перечисления бюджетной субсидии.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О. главного врача)

М.П.