



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ставропольского края

ПРИКАЗ

30 мая 2023 г. г. Ставрополь № 01-05/438

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 31 мая 2019 г. № 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 реализации постановления Правительства Российской Федерации от 13 октября 2020 г. № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 31 мая 2019 г. № 01-05/409 «О некоторых мерах по организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования и высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края» (далее - приказ) следующие изменения:

1.1. Порядок организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Порядок организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Пункт 4¹ приказа признать утратившим силу.

2. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2023 года, и действует до 01 января 2027 года.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

В.Н. Колесников

Приложение 1

к приказу
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 30 мая 2023 г. № 01-05/438

«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 13 октября 2020 г. № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования» (далее – Положение о целевом обучении);

Порядком приема на обучение по образовательным программам СПО, утвержденным приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 02 сентября 2020 г. № 457 (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, подведомственных министерству здравоохранения Ставропольского края (далее соответственно – министерство, медицинский колледж), за счет бюджетных ассигнований бюджета Ставропольского края.

4. Заказчиком целевого обучения по образовательным программам СПО является министерство. Включение в договор о целевом обучении

медицинского колледжа, и (или) медицинской организации, в которую будет трудоустроен гражданин в соответствии с договором о целевом обучении, осуществляется в соответствии с пунктом 8 раздела II Положения о целевом обучении.

5. Право на целевое обучение по образовательным программам СПО в медицинских колледжах имеют граждане, которые заключили договор о целевом обучении по образовательной программе СПО в соответствии с Порядком приема на обучение по образовательным программам СПО в пределах количества мест для приема на целевое обучение по конкретным специальностям, направлениям подготовки, выделенных министерством.

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, если образование данного уровня гражданин получает впервые.

7. Отдел государственной гражданской службы и кадровой работы министерства ежегодно:

7.1. В срок до 1 октября года, предшествующего году приема на целевое обучение, запрашивает в медицинских организациях информацию о прогнозной 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).

7.2. Формирует и подает на согласование министру здравоохранения Ставропольского края проект сводной информации о потребности в СПО не позднее 15 ноября года, предшествующего году приема на целевое обучение.

7.3. Осуществляет подготовку проекта письма министерства о направлении информации о потребности в СПО в Правительство Ставропольского края не позднее 01 декабря года, предшествующего году приема на целевое обучение.

7.4. 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.

8. Медицинская организация:

8.1. Не позднее 15 октября года, предшествующего году приема на целевое обучение, направляет 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.

8.2. Проводит в соответствующем муниципальном или 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 или городского округа Ставропольского края, общеобразовательными учреждениями соответствующего муниципального или городского округа Ставропольского края, медицинскими колледжами.

8.3. Ежегодно определяет приказом лицо (лиц), ответственное (ответственных) в соответствующей медицинской организации за работу по организации целевого обучения по образовательным программам СПО (далее – ответственное должностное лицо), в том числе прием документов, подачу документов в министерство граждан, изъявивших желание заключить договор о целевом обучении, не позднее 15 апреля текущего года, и обеспечивает представление его заверенной копии в министерство не позднее пяти рабочих дней со дня подписания приказа.

8.4. Подготавливает документы, указанные в подпунктах 10.1-10.2 пункта 10 настоящего Порядка, граждан, изъявивших желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе СПО, через три дня после доведения министерством приказа об установлении медицинским колледжам контрольных цифр 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 на учебный год.

8.5. Обеспечивает предоставление в министерство ответственным должностным лицом документов, указанных в подпунктах 10.1-10.2 пункта 10 настоящего Порядка, граждан, изъявивших желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе СПО, в сроки, установленные министерством.

8.6. Направляет в министерство ответственное должностное лицо для получения договоров о целевом обучении по образовательным программам СПО.

8.7. При предоставлении и получении документов ответственное должностное лицо расписывается в журналах регистрации документов граждан, регистрации договоров о целевом обучении на основании доверенности гражданина и (или) его законного представителя, формы которых утверждаются министерством.

8.8. Подготавливает и подает в министерство проект соглашения о расторжении договора о целевом обучении 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 в срок, указанный в договоре о целевом обучении по образовательным программам СПО.

8.9. Информировывает в письменной форме министерство о проделанной работе по организации целевого обучения с указанием списка граждан,

поступивших на целевое обучение в медицинские колледжи в соответствии с заключенными договорами о целевом обучении по образовательным программам СПО, до 1 сентября текущего года, за подписью главного врача медицинской организации.

9. Министерство:

9.1. Ежегодно приказом устанавливает срок начала подачи документов, указанных в подпунктах 10.1-10.2 пункта 10 настоящего Порядка, и обеспечивает его размещение на официальном сайте министерства в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – официальный сайт министерства) в течение 2 рабочих дней с даты его издания.

9.2. Обеспечивает в течение двух рабочих дней с даты подписания приказа, указанного в подпункте 9.1 настоящего пункта, оповещение граждан путем размещения на официальном сайте министерства объявления об организации целевого обучения по образовательным программам СПО с указанием специальностей, сроках начала и окончания приема документов граждан, списках и формах необходимых документов.

10. Гражданин (законный представитель гражданина):

10.1. В целях заключения договора о целевом обучении по образовательной программе СПО лично представляет в медицинскую организацию следующие документы:

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

ходатайство медицинской организации о заключении договора о целевом обучении по образовательной программе СПО, форма которого является приложением 2 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных, форма которого является приложением 3 к настоящему Порядку;

копию паспорта гражданина;

копию документа государственного образца об основном общем либо среднем (полном) общем образовании с приложением (при наличии приложения) для заключения договора о целевом обучении по образовательным программам СПО;

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

реквизиты лицевого счета гражданина, открытого в российской кредитной организации, подписанные гражданином;

доверенность в произвольной форме на имя ответственного должностного лица.

Если гражданин на момент представления документов, указанных в подпункте 10.1 пункта 10 настоящего Порядка, 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

следующие документы:

согласие законного представителя гражданина на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе СПО по форме, которая является приложением 4 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных законного представителя гражданина, форма которого является приложением 3 к настоящему Порядку;

копия паспорта законного представителя гражданина;

копия документа, удостоверяющего статус законного представителя гражданина;

доверенность в произвольной форме на имя ответственного должностного лица.

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

При представлении копий документов, указанных в настоящем подпункте (далее – документы), предъявляются оригиналы документов. Документы, представленные в копиях, должны быть заверены в установленном порядке.

10.2. Гражданин (законный представитель гражданина) предоставляет письменную доверенность на ответственное должностное лицо на предоставление в министерство документов и получение в министерстве договора о целевом обучении по программе СПО.

11. Ответственность за полноту и достоверность заверенного медицинской организацией пакета документов, предоставленного в министерство, несет ответственное должностное лицо.

12. Министерство принимает документы от ответственного должностного лица и регистрирует их в журнале регистрации документов граждан, форма которого является приложением 5 к настоящему Порядку.

13. С гражданином, документы которого оформлены надлежащим образом и представлены в полном объеме, министерство заключает договор о целевом обучении по образовательной программе СПО в соответствии с пунктом 4 раздела II Положения о целевом обучении.

14. Министерство регистрирует договоры о целевом обучении по образовательным программам СПО в журнале регистрации договоров о целевом обучении по образовательным программам СПО, форма которого является приложением 6 к настоящему Порядку.

15. 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.

16. Министерство вправе предложить гражданину, окончившему

медицинский колледж, в соответствии с полученной им квалификацией трудоустройство в медицинской организации при наличии в данной медицинской организации соответствующей потребности.

17. Руководители медицинских колледжей обеспечивают:

17.1. 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.

17.2. Направление в министерство уведомления в письменной форме о приеме гражданина на целевое обучение по образовательным программам СПО в месячный срок после зачисления гражданина на целевое обучение.

17.3. 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.

17.4. Направление в министерство уведомления в письменной форме в течение 14 календарных дней со дня отчисления гражданина, обучающегося по образовательным программам СПО, из медицинского колледжа.

Министр



В.Н. Колесников

Приложение 1

к Порядку организации целевого
обучения по образовательным
программам среднего
профессионального образования
для отрасли здравоохранения
Ставропольского края,
утвержденному приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

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 среднего
профессионального образования

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по
образовательной программе среднего профессионального образования _____

_____ (наименование специальности, образовательной 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 _____ <*>

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)

<*> Министерство здравоохранения Ставропольского края вправе предложить гражданину, окончившему организацию, осуществляющую образовательную деятельность по образовательным программам среднего профессионального образования, в соответствии с полученной им квалификацией трудоустройство в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края при наличии в данной медицинской организации соответствующей потребности.

<*> Заполняется в случае не достижения 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, утвержденному приказом министерства здравоохранения Ставропольского края от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

ФОРМА

Министру здравоохранения
Ставропольского края

(инициалы и фамилия министра)

ХОДАТАЙСТВО

медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края о заключении договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования

Прошу заключить договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования _____

(наименование специальности, образовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность)

по образовательной программе среднего профессионального образования)

с гражданином _____

(полностью фамилия, имя, отчество)

(при наличии) гражданина)

с целью дальнейшего трудоустройства в медицинскую организацию государственной системы здравоохранения Ставропольского края в соответствии с полученной квалификацией и в соответствии с Порядком организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края, утвержденным приказом министерства здравоохранения Ставропольского края.

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

(должность руководителя)

(подпись)

(инициалы, фамилия руководителя) медицинской организации)

М.П.

Приложение 3

к Порядку организации целевого
обучения по образовательным
программам среднего
профессионального образования
для отрасли здравоохранения
Ставропольского края,
утвержденному приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

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: _____

(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 среднего профессионального 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 среднего профессионального 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 не достижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации

«Приложение 4

к Порядку организации целевого
обучения по образовательным
программам среднего
профессионального образования
для отрасли здравоохранения
Ставропольского края,
утвержденному приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

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 министерством здравоохранения Ставропольского края,
расположенным по адресу: _____

(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)

_____ , <***>

<*> Настоящее согласие является неотъемлемой частью договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования, заключенного между несовершеннолетним гражданином и министерством здравоохранения Ставропольского края.

<***> Заполняется в случае включения соответствующей организации стороной договора о целевом обучении по программе среднего профессионального образования.

<***> Министерство здравоохранения Ставропольского края вправе предложить гражданину, окончившему организацию, осуществляющую образовательную деятельность по образовательным программам среднего профессионального образования, в соответствии с полученной им квалификацией трудоустройство в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края при наличии в данной медицинской организации соответствующей потребности

_____ ,
(подпись)

_____ ,
(фамилия, инициалы)

_____ ,
(дата)

Приложение 5

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края, утвержденному приказом министерства здравоохранения Ставропольского края от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

ФОРМА

ЖУРНАЛ <*>

регистрации документов граждан, изъявивших желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования

№ п/п	Дата регистрации документов гражданина, законного представителя	Ф.И.О (при наличии) и перечень документов гражданина, законного представителя	Ф.И.О (при наличии) и подпись лица (лиц), ответственного (ответственных) в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края за работу по организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования	Примечание
1.				
...				

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

Приложение 6

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования
 для отрасли здравоохранения Ставропольского края, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Ставропольского края
 от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

ФОРМА

ЖУРНАЛ <*>

регистрации договоров о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования

...						
1.						
№ п/п	Ф.И.О (при наличии) (полное) (гражданина)	Реквизиты договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования (дата, номер)	Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательной программе среднего профессионального образования	Специальность	Дата получения лицом (лицами), ответственным (ответственными) в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края за работу по организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования	Ф.И.О (при наличии), подпись лица (лиц), ответственного (ответственными) в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края за работу по организации целевого обучения по образовательным программам среднего профессионального образования

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

Приложение 2

к приказу
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 30 мая 2023 г. № 01-05/438

«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. 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 13 октября 2020 г. № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования» (далее – Положение о целевом обучении);

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 является министерство здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство). Включение в договор о целевом обучении организации, осуществляющей образовательную деятельность, и (или) медицинской организации, в которую будет трудоустроен гражданин в соответствии с договором о целевом обучении, осуществляется в соответствии с пунктом 8 раздела II Положения о целевом обучении.

4. Право на целевое обучение по образовательным программам высшего образования 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 министерством 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.

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.

6. Отдел государственной гражданской службы и кадровой работы министерства ежегодно:

6.1. В срок до 01 апреля года, предшествующего году приема на целевое обучение, запрашивает в медицинских организациях информацию о прогнозной 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). Данная потребность подлежит изменению в соответствии с письмами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

6.2. Формирует и подает на согласование министру здравоохранения Ставропольского края проект сводной информации о потребности в ВО не позднее 01 июля года, предшествующего году приема на целевое обучение.

6.3. Осуществляет подготовку проекта письма Правительства Ставропольского края о направлении информации о потребности в ВО в Министерство здравоохранения Российской Федерации не позднее 01 августа года, предшествующего году приема на целевое обучение.

6.4. Доводит до сведения медицинских организаций и размещает на официальном сайте министерства в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – официальный сайт министерства) информацию, доведенную Министерством здравоохранения Российской Федерации, о количестве мест для приема на целевое обучение по конкретным специальностям, направлениям подготовки, до начала приема документов.

7. Медицинская организация:

7.1. Не позднее 15 мая года, предшествующего году приема на целевое обучение, направляет 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.

7.2. Проводит в соответствующем муниципальном или 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, общеобразовательными учреждениями и образовательными организациями соответствующего муниципального или городского округа Ставропольского края.

7.3. Ежегодно определяет приказом лицо (лиц), ответственное (ответственных) в соответствующей медицинской организации за работу по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования (далее – ответственное должностное лицо), в том числе прием документов, подачу документов в министерство граждан, изъявивших желание заключить договор о целевом обучении, не позднее 15 апреля текущего года, и обеспечивает представление его заверенной копии в министерство не позднее пяти рабочих дней со дня подписания приказа.

7.4. Подготавливает документы, указанные в подпункте 9.1-9.2 пункта 9 настоящего Порядка, граждан изъявивших желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, через три дня после доведения министерством квоты на целевое обучение по образовательным программам высшего образования, программам специалитета и ординатуры.

7.5. Обеспечивает предоставление в министерство ответственным должностным лицом, документов, указанных в подпункте 9.1-9.2 пункта 9 настоящего Порядка, граждан, изъявивших желание заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, в сроки, установленные министерством.

7.6. Направляет в министерство ответственное должностное лицо для получения договоров о целевом обучении по образовательным программам высшего образования.

7.7. При предоставлении и получении документов ответственное должностное лицо расписывается в журналах регистрации документов граждан, регистрации договоров о целевом обучении на основании доверенности гражданина и (или) его законного представителя, формы которых утверждаются министерством.

7.8. Подготавливает и подает в министерство проект соглашения о расторжении договора о целевом обучении 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 в срок, указанный в договоре о целевом обучении по образовательным программам высшего образования.

7.9. Предоставляет в министерство информацию в письменной форме, подписанную главным врачом, 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, до 1 сентября текущего года.

8. Министерство:

8.1. Ежегодно приказом устанавливает сроки начала подачи документов, указанных в подпунктах 9.1-9.2 пункта 9 настоящего Порядка, и обеспечивает его размещение на официальном сайте министерства в течение 2 рабочих дней с даты его издания.

8.2. Обеспечивает оповещение граждан путем размещения объявлений на 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.

9. Гражданин (законный представитель гражданина):

9.1. В целях заключения договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования лично представляет в медицинскую организацию следующие документы:

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

ходатайство медицинской организации о заключении договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, форма которого является приложением 2 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных, форма которого является приложением 3 к настоящему Порядку;

копию паспорта гражданина;

копию документа государственного образца о среднем (полном) общем образовании либо среднем профессиональном образовании с приложением (при наличии приложения) для заключения договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования - программам специалитета;

копию документа государственного образца о высшем образовании с приложением (при наличии приложения) для заключения договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры;

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, подписанные гражданином;

доверенность в произвольной форме на имя ответственного должностного лица.

Если гражданин на момент представления документов, указанных в

настоящем подпункте, 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 следующие документы:

согласие законного представителя гражданина на заключение договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования по форме, которая является приложением 4 к настоящему Порядку;

согласие на обработку персональных данных законного представителя гражданина, форма которого является приложением 3 к настоящему Порядку;

копия паспорта законного представителя гражданина;

копия документа, удостоверяющего статус законного представителя гражданина;

доверенность в произвольной форме на имя ответственного должностного лица.

(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.

При представлении копий документов, указанных в настоящем подпункте (далее – документы), предъявляются оригиналы документов. Документы, представленные в копиях, должны быть заверены в установленном порядке.

9.2. Гражданин (законный представитель гражданина) предоставляет письменную доверенность на ответственное должностное лицо, в том числе на предоставление в министерство документов и получение в министерстве договора о целевом обучении по программе высшего образования.

10. Ответственность за полноту и достоверность заверенного медицинской организацией пакета документов в министерство несет ответственное должностное лицо.

11. Министерство принимает документы от ответственного должностного лица и регистрирует их в журнале регистрации документов граждан, форма которого является приложением 5 к настоящему Порядку.

12. С гражданином, документы которого оформлены надлежащим образом и представлены в полном объеме, министерство заключает договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования в соответствии с пунктом 4 раздела II Положения о целевом обучении.

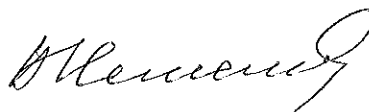
13. Министерство регистрирует договоры о целевом обучении по образовательным программам высшего образования в журнале регистрации договоров о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, форма которого является приложением 6 к настоящему Порядку.

14. 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.

15. Министерство вправе предложить гражданину, окончившему образовательную организацию, в соответствии с полученной им квалификацией трудоустройство в медицинской организации при наличии в данной медицинской организации соответствующей потребности.

Министр



В.Н. Колесников

Приложение 1

к Порядку организации целевого
обучения по образовательным
программам высшего образования
для отрасли здравоохранения
Ставропольского края,
утвержденному приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

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 высшего образования _____

(наименование специальности, образовательной 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)

<*> Министерство здравоохранения Ставропольского края вправе предложить гражданину, окончившему образовательную организацию, осуществляющую образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, в соответствии с полученной им квалификацией трудоустройство в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края при наличии в данной медицинской организации соответствующей потребности.

<*> Заполняется в случае не достижения 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,
утвержденному приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

ФОРМА

Министру здравоохранения
Ставропольского края

(инициалы и фамилия министра)

ХОДАТАЙСТВО

медицинской организации государственной системы здравоохранения
Ставропольского края о заключении договора о целевом обучении по
образовательной программе высшего образования

Прошу заключить договор о целевом обучении по образовательной
программе высшего образования _____

(наименование специальности, образовательной организации, осуществляющей образовательную
деятельность

по образовательной программе высшего образования)

с гражданином _____

(полностью фамилия, имя, отчество

(при наличии) гражданина)

с целью дальнейшего трудоустройства в медицинскую организацию
государственной системы здравоохранения Ставропольского края в
соответствии с полученной квалификацией и в соответствии с Порядком
организации целевого обучения по образовательным программам высшего
образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края,
утверждаемым приказом министерства здравоохранения Ставропольского
края.

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

(должность руководителя

(подпись)

(инициалы, фамилия руководителя) медицинской
организации)

М.П.

Приложение 3

к Порядку организации целевого
обучения по образовательным
программам высшего образования
для отрасли здравоохранения
Ставропольского края,
утвержденному приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

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: _____

(далее - министерство),

расположенной по адресу: _____
(адрес расположения медицинской организации)

(далее - медицинская организация) на обработку моих персональных данных

персональных данных моего 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 не достижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации

Приложение 4

к Порядку организации целевого
обучения по образовательным
программам высшего образования
для отрасли здравоохранения
Ставропольского края,
утвержденному приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

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, 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
высшего образования по специальности _____

(код, наименование специальности)

с министерством здравоохранения Ставропольского края,
расположенным по адресу: _____

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края)

расположенной по адресу: _____
 _____, <***>

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, заключенного между несовершеннолетним гражданином и министерством здравоохранения Ставропольского края.

<***> Заполняется в случае включения соответствующей организации стороной договора о целевом обучении по программе высшего образования.

<***> Министерство здравоохранения Ставропольского края вправе предложить гражданину, окончившему образовательную организацию, осуществляющую образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, в соответствии с полученной им квалификацией трудоустройство в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края при наличии в данной медицинской организации соответствующей потребности

 (подпись)

 (фамилия, инициалы)

 (дата)

Приложение 5

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края, утвержденному приказом министерства здравоохранения Ставропольского края от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

ФОРМА

ЖУРНАЛ <*>

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

№ п/п	Дата регистрации документов гражданина, законного представителя	Ф.И.О (при наличии) и перечень документов гражданина, законного представителя	Ф.И.О (при наличии) и подпись лица (лиц), ответственного (ответственных) в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края за работу по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования	Примечание
1.				
...				

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

Приложение 6

к Порядку организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования для отрасли здравоохранения Ставропольского края, утвержденному приказом министерства здравоохранения Ставропольского края от 31 мая 2019 г. № 01-05/409

ФОРМА

ЖУРНАЛ <*>

регистрации договоров о целевом обучении по образовательным программам высшего образования

№ п/п	Ф.И.О (при наличии) гражданина (полностью)	Реквизиты договора о целевом обучении по образовательной программе высшего образования (дата, номер)	Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования	Специальность	Дата получения лицом (лицами), ответственным (ответственными) в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края за работу по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования	Ф.И.О (при наличии), подпись лица (лиц), ответственного (ответственных) в медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края за работу по организации целевого обучения по образовательным программам высшего образования	Примечание
1.							
...							

<*> Журнал должен быть прошит, пронумерован (сквозная нумерация) и скреплен печатью
».