|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю комиссии по предоставлению в 2020 году отдельным категориям граждан, инфицированных новой коронавирусной инфекцией при исполнении служебных обязанностей, сертификатов на оздоровление в санаторно-курортных организацияхот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, (при наличии) отчество)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес для почтового отправления, адрес электронной почты, телефонный номер) |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕо предоставлении сертификата на оздоровлениев санаторно-курортной организации |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) гражданина)прошу предоставить мне сертификат на оздоровление за счет средств бюджета Республики Башкортостан с учетом отнесения меня к одной из следующих категорий граждан (поставить знак «V» напротив соответствующей категории граждан):работники медицинских организаций вне зависимости от формы собственности, оказывающие медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией;работники учреждений социального обслуживания, подведомственных Министерству семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан, продолжающие осуществлять свою трудовую деятельность по месту нахождения учреждения, находящегося в условиях действия карантина и (или) автономного режима работы (изоляции);специалисты по социальной работе, социальные работники некоммерческих организаций, не являющихся государственными (муниципальными) учреждениями, оказывающие социальные услуги гражданам в период самоизоляции;члены организованных групп и коллективов добровольцев (волонтеров), оказывающие помощь гражданам в период самоизоляции;работники территориальных органов Роспотребнадзора по Республике Башкортостан, федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Башкортостан», осуществляющие работу с биологическим материалом, участвующие в работе по обеспечению соблюдения гражданами режима самоизоляции;сотрудники органов внутренних дел по Республике Башкортостан, Росгвардии, осуществляющие выездную работу, патрулирование, работу в оцеплении, охрану организаций, перепрофилированных для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией;сотрудники Главного управления МЧС России по Республике Башкортостан, участвующие в работе по обеспечению соблюдения гражданами режима самоизоляции;работники государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Башкортостан, с круглосуточным пребыванием несовершеннолетних, продолжающие осуществлять свою трудовую деятельность непосредственно по месту нахождения учреждения, находящегося в условиях действия карантина и (или) автономного режима работы (изоляции);работники государственных учреждений, подведомственных Министерству образования и науки Республики Башкортостан, с круглосуточным пребыванием несовершеннолетних, продолжающие осуществлять свою трудовую деятельность непосредственно по месту нахождения учреждения, находящегося в условиях действия карантина и (или) автономного режима работы (изоляции).В соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных» подтверждаю согласие на получение, обработку и передачу персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах. Настоящее согласие действует с момента подачи согласия до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до моего письменного отзыва данного согласия. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) |
| Приложение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, (при наличии) отчество заявителя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) |
| Заявление и прилагаемые к нему документы приняты.«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность лица, принявшего заявление) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(расшифровка подписи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) |
| С основаниями для принятия решения об отказе мне в предоставлении сертификата на оздоровление ознакомлен(-на).О решениях, принятых в связи с рассмотрением настоящего заявления, прошу уведомлять (поставить знак «V» напротив желаемого способа получения уведомления):посредством почтового отправления по адресу, указанному в заявлении;посредством направления сообщения по адресу электронной почты, указанному в заявлении;путем вручения лично мне или уполномоченному представителю. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) |