|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Председателю комиссии по предоставлению в 2020 году отдельным категориям граждан, инфицированных новой коронавирусной инфекцией при исполнении служебных обязанностей, сертификатов на оздоровление в санаторно-курортных организациях  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, (при наличии) отчество)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места жительства)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес для почтового отправления, адрес  электронной почты, телефонный номер) | | | |
|  | | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о предоставлении сертификата на оздоровление  в 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](consultantplus://offline/ref=D38BD1B002B48F23812AD647A9CEB84E44AAF110FF554BD5571072775820B99513E563BB7565AE00D10B6354E0eArAH) «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) |