Министру здравоохранения

Новосибирской области

Заблоцкому Р.М.

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**должность, наименование МО**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО**

# ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | |
|  | *(фамилия, имя, отчество заявителя)* |

прошу предоставить мне компенсацию части стоимости найма жилого помещения.

**Для получения компенсации я предоставляю следующие документы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** Заверенные работником копии документов, удостоверяющие личность медицинского работника и (при наличие) его супруги (супруга) (все страницы документов) |  | шт. |
| **2.** Заверенная работником копия свидетельства о заключении (расторжении) брака (при наличии) |  | шт. |
| **3.** Заверенная работником копия договора найма жилого помещения, заключенного медицинским работником |  | шт. |
|  |  |  |
| **4.** Согласие медицинского работника на обработку Минздравом НСО и ГБУЗ НСО «МИАЦ» его персональных данных |  | шт. |
| **5.** Согласие наймодателя на обработку Минздравом НСО и ГБУЗ НСО «МИАЦ» его персональных данных |  | шт. |
| **6.** Заверенная отделом кадров Организации копия приказа о приеме на работу |  | шт. |
| **7.** Заверенная отделом кадров Организации копия трудового договора |  | шт. |
| **8.** Заверенная отделом кадров Организации копия трудовой книжки |  | шт. |
| **9.** Заверенная отделом кадров Организации копия справки государственного бюджетного учреждения Новосибирской области «Новосибирский центр кадастровой оценки и инвентаризации» (ГБУ НСО «ЦКО и БТИ») об отсутствии у медицинского работника и его супруги (супруга) в собственности жилого помещения, расположенного на территории Новосибирской области (для лиц, родившихся до 01.01.1999) |  | шт. |
| **10.** Заверенная отделом кадров Организации копия справки Управления федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии (ЕГРН) об отсутствии у медицинского работника и его супруги (супруга) в собственности жилого помещения на территории Новосибирской области |  | шт. |

***Предоставляя документы на компенсацию части стоимости найма жилого помещения я подтверждаю, что с порядком и условиями предоставления компенсации ознакомлен (а), согласен.***

***Я, как заявитель, несу ответственность за достоверность представленных мною сведений и документов. Понимаю, что представление неполных и (или) недостоверных сведений является основанием для отказа в предоставлении компенсации.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ***:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | / | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г |
| *Ф.И.О.* |  | Подпись |  |  |