

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ул.Островского, д. 11/6,  
город Казань, 420111



ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  
СƏЛАМƏТЛЕК САКЛАУ  
МИНИСТРЛЫГЫ

Островский ур., 11/6 нчы йорт,  
Казан шәһәре, 420111

Телефон: (843) 231-79-98, факс: (843) 238-41-44. E-mail: minzdrav@tatar.ru, сайт: <http://minzdrav.tatarstan.ru>

№ \_\_\_\_\_

На № \_\_\_\_\_

Руководителям  
медицинских организаций,  
медицинских училищ и  
колледжей

В связи с поступающими обращениями по вопросу расторжения четырехстороннего договора о целевой подготовке и трудоустройстве специалиста (далее - Договора), получившего среднее профессиональное медицинское образование, Министерство здравоохранения Республики Татарстан разъясняет.

Согласно пункту 2.17 Договора студент после окончания обучения в медицинском училище или колледже обязуется отработать в медицинской организации не менее трех лет. В случае неявки Студента на место работы в качестве молодого специалиста в сроки, установленным Договором, медицинская организация обязана сообщить об этом в Министерство здравоохранения Республики Татарстан и образовательную организацию, а также уведомить молодого специалиста о возникающей у него ответственности по возмещению денежных средств, направленных на его обучение (п.2.7. Договора, примерная форма уведомления указана в Приложении №1).

В соответствии с пунктами 3.2. и 3.3. Договора при невыполнении Студентом условий Договора, отчислении из образовательной организации без уважительных причин или отказе приступить к работе без уважительных причин, а также увольнения из медицинской организации по собственному желанию, Студент обязан возместить денежные средства, затраченные на его обучение с момента заключения Договора на счет образовательной организации.

В случае, когда студент заявляет о желании трудоустройства в другую бюджетную или автономную медицинскую организацию Республики Татарстан и при условии согласия всех сторон необходимо заключить дополнительное соглашение к Договору (примерная форма указана в Приложении №2).

При возврате денежных средств на счет образовательной организации, молодой специалист представляет оригинал и копию квитанции в медицинскую, образовательную организации и Министерство здравоохранения Республики Татарстан, после чего подписывается Соглашение о расторжении Договора (Приложение №3).

При отказе учащегося или молодого специалиста возмещать средства, образовательная и медицинская организации обязаны принять меры по взысканию указанных средств в установленном судебном порядке.

Заместитель министра

И.Р.Фатихов

Т.В. Ванюшина, 8(843)231-79-18

**ФОРМА**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. работника)

адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

(наименование работодателя)

адрес: \_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_, эл. почта: \_\_\_\_\_

**Уведомление**

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)  
уведомляет Вас о том, что согласно пункту 2.17 четырехстороннего договора о целевой подготовке и трудоустройстве специалиста от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Вы обязаны после окончания среднего профессионального образования отработать в медицинской организации не менее трех лет.

В соответствии с пунктами 2.7, 3.2. и 3.3. Договора от \_\_\_\_ № \_\_\_\_ при невыполнении Вами условий Договора - отчислении из образовательной организации без уважительных причин или отказе приступить к работе без уважительных причин, а также увольнения из медицинской организации по собственному желанию (нужное указать), Вы обязаны возместить денежные средства, затраченные на обучение с момента заключения Договора на указанный на счет образовательной организации.

Счет образовательной организации ГАПОУ СПО:

Руководитель:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Уведомление получил(а) на руки:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)  
----- (дата)

Дополнительное Соглашение к четырехстороннему договору о целевой подготовки  
и трудоустройства специалиста

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан в лице Министра \_\_\_\_\_, действующего на основании Положения, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, медицинская организация [наименование организации], в лице [должность, фамилия, имя, отчество], действующего на основании [устава], именуемое в дальнейшем «Организация» с другой стороны, ГАПОУ СПО «-----» в лице директора ----- действующей на основании Устава, именуемого в дальнейшем «Образовательное учреждение» с третьей стороны, студентом, именуемым в дальнейшем «Студент» или его законный представитель, (Ф И О.студента или лица, если студент не достиг 18 лет) с четвертой стороны, медицинская организация [наименование организации] в лице [должность, фамилия, имя, отчество], действующего на основании [устава], именуемая в дальнейшем «Организация 2» с пятой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. «Организация» переводит, а «Организация 2» с согласия «Заказчика», «Образовательного учреждения» и «Студента» или его законного представителя принимает на себя права и обязанности по четырехстороннему договору о целевой подготовке специалиста № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

2. С момента подписания настоящего Соглашения к «Организации 2» переходят все права и обязанности «Организации» по четырехстороннему договору о целевой подготовке специалиста № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

3. Настоящее Соглашение вступает в силу со дня подписания его Сторонами, с которого и становится обязательным для Сторон, заключивших его. Условия настоящего Соглашения применяются к отношениям Сторон, возникшим только после заключения настоящего соглашения.

4. Настоящее соглашение подписано в пяти экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**Заказчик**

**Образовательная организация**

Министерство  
Республики Татарстан

здравоохранения

ГАПОУ СПО « \_\_\_\_\_ »

Министр

Юридический

адрес:

\_\_\_\_\_ подпись  
" \_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Тел., факс

Директор \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

подпись  
" \_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

**Организация 1**

\_\_\_\_\_ (полное наименование)

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Тел., факс, e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Ф.И.О

Подпись \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Студент**

\_\_\_\_\_  
ФИО

паспорт: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(паспортные данные, место прописки)

\_\_\_\_\_  
(адрес проживания, контактный телефон)

подпись \_\_\_\_\_

**Законный представитель студента  
(если гражданин не достиг 18 лет)**

ФИО \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Организация 2**

\_\_\_\_\_ (полное наименование)

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Тел., факс, e-mail \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Ф.И.О \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
подпись  
"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ФОРМА**

**Соглашение**

о расторжении четырехстороннего договора о целевой подготовке и трудоустройстве  
специалиста № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Казань

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан в лице Министра \_\_\_\_\_, действующего на основании Положения, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, медицинская организация \_\_\_\_\_, в лице руководителя \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Организация» с другой стороны, \_\_\_\_\_ в лице директора \_\_\_\_\_ действующей на основании Устава, именуемого в дальнейшем «Образовательное учреждение» с третьей стороны, студент, именуемым в дальнейшем «Студент» в лице \_\_\_\_\_, с четвертой стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Стороны договора пришли к взаимному соглашению о расторжении четырехстороннего договора о целевой подготовке и трудоустройстве специалиста № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Студент возвратил потраченные на его обучение средства на указанный Заказчиком счет (квитанции прилагаются).

2. Стороны пришли к соглашению о том, что права и обязанности сторон по договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. о целевой подготовке и трудоустройстве специалиста прекращаются с момента подписания настоящего соглашения.

3. Настоящее Соглашение вступает в силу со дня подписания его Сторонами.

4. Настоящее соглашение подписано в четырех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**Заказчик**

Министерство здравоохранения  
Республики Татарстан  
Министр

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Медицинская организация**

\_\_\_\_\_ (наименование)

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Тел., факс: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Должность

\_\_\_\_\_ (ФИО)  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Образовательное учреждение**

ГАПОУ «\_\_\_\_\_»

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Тел., факс \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Директор \_\_\_\_\_ (ФИО)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Студент**

\_\_\_\_\_ (ФИО)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (код подразделения)

Место прописки: \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Лист согласования к документу № 09-01/9333 от 09.08.2017

Инициатор согласования: Ванюшина Т.В. Ведущий консультант отдела медицинского образования и аттестации

Согласование инициировано: 09.08.2017 10:52

**Лист согласования**

Тип согласования: **последовательное**

№	ФИО	Срок согласования	Результат согласования	Замечания
1	Залялова А.Н.		Согласовано 09.08.2017 - 14:26	-
2	Стрюкова Т.А.		🔒Согласовано 09.08.2017 - 14:35	-
3	Фатихов И.Р.		🔒Подписано 09.08.2017 - 17:51	-