Съфинансирано от Европейския съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Вх. № СОНС-……/…… г.

(попълва се в Министерството на здравеопазването)

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА КАНДИДАТСТВАНЕ

за предоставяне на финансов стимул на специализант

в област с най-ниска осигуреност със специалисти

по проект BG05SFPR002-1.014-0001 „Насърчаване на специализацията по специалности и в области с недостиг на специалисти“

От

(имена по документ за самоличност на специализанта)

ЕГН/ЛНЧ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐, гражданство

(или друг идентификационен номер на чужденеца)

Постоянен адрес:

Адрес за кореспонденция:

(попълва се, ако е различен от постоянния адрес)

Телефон за връзка:

E-mail:

УВАЖАЕМА/УВАЖАЕМИ ГОСПОЖО/ГОСПОДИН МИНИСТЪР,

Моля да ми бъде предоставян финансов стимул по проект BG05SFPR002-1.014-0001 „Насърчаване на специализацията по специалности и в области с недостиг на специалисти“ за времето на провежданото от мен обучение по специалност

с база за обучение

в **област**

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Регистриран съм като специализант в:

☐ Медицински университет (МУ) – София

☐ МУ – Пловдив

☐ МУ – Варна

☐ МУ – Плевен

☐ Тракийски университет – Стара Загора, Медицински факултет

☐ Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Медицински факултет

☐ друго висше училище

(отбелязва се висшето училище)

Притежавам професионална квалификация:

☐ лекар;

☐ медицинска сестра;

☐ акушерка.

(отбелязва се професионалната квалификация)

☐ Декларирам, че не съм самостоятелно заето лице*.

* За целите на ПРЧР „самостоятелно заето лице“ и „самоосигуряващо се лице“ се използват за синоними и включват:
Лице, ангажирано със самостоятелен/собствен бизнес или свободна (частна) практика с цел реализиране на печалба;
Лице, което само или в съдружие с други лица извършва стопанска дейност, работи на свободна (частна) практика или работи под аренда;
Лице, регистрирано като упражняващ свободна професия и/или занаятчийска дейност;
Лице, упражняващо трудова дейност като едноличен търговец, собственик или съдружник в търговски дружества, физическо лице – членуващо в неперсонифицирани дружества и лице, което се облага по реда на чл. 26, ал. 7 от Закона за данъците върху доходите на физическите лица.

☐ Декларирам, че съм информиран, че:

• Министерството на здравеопазването е обработващ лични данни, предоставени от мен в настоящото заявление, за целите на изпълнението и отчитането на проект BG05SFPR002-1.014-0001 „Насърчаване на специализацията по специалности и в области с недостиг на специалисти“ – идентифициране на кандидатите за финансиране по проекта, извършване на подбор на отговарящите на критериите за включване в проекта, сключване на договори с тях и предоставянето на финансов стимул;

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

• в хода на изпълнение на проект BG05SFPR002-1.014-0001 „Насърчаване на специализацията по специалности и в области с недостиг на специалисти“, с цел извършване на проверка за статуса на социалното ми осигуряване, Министерството на здравеопазването ще предоставя на Националния осигурителен институт данни – имена и ЕГН, на електронен носител с придружително писмо, а Националният осигурителен институт ще предоставя справка на Министерството на здравеопазването с исканите данни за статуса на социалното ми осигуряване;

• предоставените от мен лични данни в настоящото заявление и приложенията към него, както и данните от заповедите на ръководителя на висшето училище, касаещи промени в обстоятелствата по провеждане на обучението ми за придобиване на специалност – прекъсване на обучението, прекратяване на обучението, признаване на етап от обучението и всички други промени при обучението ми; данните от договора ми за предоставяне на финансов стимул по проекта и от приложенията към него; сесията (сесиите), на която съм допуснат до държавен изпит за специалност и резултатите от държавния изпит за специалност; свидетелството ми за призната специалност ще бъдат предоставени на Министерството на труда и социалната политика, чрез Главна дирекция „Европейски фондове, международни програми и проекти“, като управляващ орган на Програма „Развитие на човешките ресурси“. Обработването на данни произтича от законово задължение на управляващия орган на основание чл. 4 от Регламент (ЕС) 2021/1060 на Европейския парламент и на Съвета от 24 юни 2021 година за установяване на общоприложимите разпоредби за Европейския фонд за регионално развитие, Европейския социален фонд плюс, Кохезионния фонд, Фонда за справедлив преход и Европейския фонд за морско дело, рибарство и аквакултури, както и на финансовите правила за тях и за фонд „Убежище, миграция и интеграция“, фонд „Вътрешна сигурност“ и Инструмента за финансова подкрепа за управлението на границите и визовата политика и във връзка с чл. 17 и Приложение I от Регламент (ЕС) 2021/1057 на Европейския парламент и на Съвета от 24 юни 2021 година за създаване на Европейския социален фонд плюс (ЕСФ+) и за отмяна на Регламент (ЕС) № 1296/2013;

• личните данни се обработват в съответствие с Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 година относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/ЕО (Общ регламент относно защитата на данните) и Регламент (ЕС) 2018/1725 на Европейския парламент и на Съвета от 23 октомври 2018 година относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни от институциите, органите,

службите и агенциите на Съюза и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Регламент (ЕО) № 45/2001 и Решение № 1247/2002/ЕО, който от двата е приложим;

• предоставените от мен лични данни се събират и съхраняват от Министерството на здравеопазването и в Информационната система за управление и наблюдение на Структурните инструменти на Европейския съюз в България (ИСУН2020), поддържана от Централното координационно звено за срока на съхранение;

• предоставените от мен данни са обект на проверка от одитиращи и контролиращи органи;

• имам право да изискам от Министерството на здравеопазването достъп до личните ми данни, както и коригирането на неточните лични данни;

• имам право на възражение срещу обработването на личните ми данни от Министерството на здравеопазването в случаите на незаконосъобразно използване и обработване;

• имам право на жалба до надзорния орган – Комисията за защита на личните данни и съответния съд;

• имам право да поискам от Министерството на здравеопазването изтриването (да бъда „забравен“) на личните ми данни след изтичане на срока на съхраняването им;

• при непопълване на личните данни в настоящото заявление, както и при отказ за предоставянето им, нямам право за участие в проекта.

☐ Декларирам, че съм съгласен Министерството на здравеопазването, в качеството му на бенефициент по посочения проект, да обработва и предостави на Министерството на труда и социалната политика и Националния осигурителен институт личните ми данни за следните цели: изпълнение на дейностите и отчитане на проект BG05SFPR002-1.014-0001 „Насърчаване на специализацията по специалности и в области с недостиг на специалисти“, който се реализира по Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021-2027 г.

☐ Информиран съм, че ако преустановя специализация, за която съм получавал финансов стимул по проект BG05SFPR002-1.014-0001 „Насърчаване на специализацията по специалности и в области с недостиг на специалисти“, нямам право на повторно включване в проекта (в понятието „преустановяване на специализация“ не се включват лицата, които са прекратили обучението си в база за обучение в област с недостиг на специалисти, но след това са започнали отново обучение по същата специалност в друга база за обучение в област с недостиг на специалисти – съответно тези лица могат да кандидатстват отново по проекта).

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Прилагам следните документи:

1. Копие на:

☐ срочен трудов договор на длъжност за специализант;

☐ договор по чл. 13, ал. 1 или 2 на Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, придружен от договор по чл. 234 от Кодекса на труда;

☐ договор по чл. 234 от Кодекса на труда в случаите по чл. 11, ал. 1, т. 2 на Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването;

☐ заповед на министъра на отбраната или оправомощено от него длъжностно лице по чл. 92, ал. 3 от Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България, издадена по реда на чл. 11, ал. 1, т. 3 на Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването;

(вярното се отбелязва)

2. Удостоверение по образец (приложение към заявлението), издадено от висшето училище, в което съм регистриран, потвърждаващо, че съм специализант по посочената специалност в отбелязаната база за обучение.

3. Копие на трудов договор (в случаите, когато по т. 1 не е приложен срочен трудов договор на длъжност за специализант).

4. Само в случаите на гражданство, различно от българско или на друга държава - членка на Европейския съюз, Европейското икономическо пространство и Швейцария – документ за:

☐ разрешено дългосрочно или постоянно пребиваване в Република България;

☐ предоставен статут на бежанец, хуманитарен статут или предоставено право на убежище;

☐ чужденец от българска народност.

(вярното се отбелязва)

Дата: С УВАЖЕНИЕ:

(подпис)

Съфинансирано от Европейския съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Приложение към заявлението

Удостоверение от висше училище, необходимо за кандидатстване по проект BG05SFPR002-1.014-0001 „Насърчаване на специализацията по специалности и в области с недостиг на специалисти“

Висше училище -

(посочва се висшето училище)

УДОСТОВЕРЕНИЕ

С настоящото удостоверявам, че

(имена на специализанта)

с ЕГН/ЛНЧ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐,

(или друг идентификационен номер на чужденеца)

и гражданство

(в случаи на чужденци с гражданство, различно от ЕС, ЕИП и Швейцария се посочва и дали чужденецът има разрешено дългосрочно или постоянно пребиваване в Република България, дали е лице с предоставен статут на бежанец, хуманитарен статут или с предоставено право на убежище или е чужденец от българска народност)

е специализант по специалност

с база за обучение

гр. , област

с начална дата на обучение

и актуална към момента крайна дата на обучение

Дата: Подпис:

(на ректор или на упълномощено от него длъжностно лице)*

*Представя се копие на заповед за упълномощаване/заместване