**ДО**

**…………………………………………………**

**МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА КАНДИДАТСТВАНЕ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ОБУЧЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИЗАНТ ПО ПРОЕКТ**

**BG05M9OP001-1.015-0001 „СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО“**

От .................................................................................................................................................

(имена по документ за самоличност на специализанта)

ЕГН/ЛНЧ: , гражданство .................................................

Постоянен адрес: ………..............................................................................………………......

Адрес за кореспонденция:..........................................................................................................................

Телефон за връзка: …………………………………………………………………………….

Е-mail: …………………………………………………………………………………………..

**УВАЖАЕМИ Г-Н МИНИСТЪР,**

Моля да бъде финансирано по проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването“ провежданото от мен обучение, като бъдат изплащани със средства по проекта:

1. таксите за теоретичното ми обучение;
2. таксите за практическото ми обучение;
3. стипендия за периода на обучението ми.

 (вярното се подчертава)

Притежавам професионална квалификация:

* лекар;
* лекар по дентална медицина;
* медицинска сестра;
* акушерка.

(вярното се подчертава)

Обучавам се за придобиване на специалност ………………………………………….,

(посочва се специалността)

на следното основание:

(попълва се относимото основание за обучение за придобиване на специалност, другото се зачертава)

* договор за обучение на място, финансирано от друг източник по реда на отменената Наредба № 34 от 2006г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – № ……………… от ………………..г., сключен с ………………………………………..…………… и с институция за практическо обучение

(посочва се висшето училище)

………………………………………………………………………………………

(посочва се институцията, провеждаща практическото обучение)

* трудов договор на длъжност за специализант по реда на Наредба № 1 от 2015г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – № ………………. от ………........г., сключен с …………….……………………………………

(посочва се работодателя)

* договор за повишаване на квалификацията по чл. 234 от Кодекса на труда, сключен между база за обучение и неин служител с придобита вече друга специалност в системата на здравеопазването, по реда на чл. 11, ал. 1, т. 2 на Наредба № 1 от 2015г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването № ……………….. от ………………...г. с …………………………………………………………..

(посочва се работодателя – лечебно заведение, база за обучение)

* договор по чл. 13 на Наредба № 1 от 2015г. в база за обучение ………………………………. и сключен договор по чл. 234 от Кодекса на труда № ……………….. от ………………...г. с …………………………………………………………..

 (посочва се работодателя – лечебно заведение, което не е база за обучение)

* заповед на ректор на висше училище по реда на Наредба № 1 от 2015г. – № ……………….. от …………………..г., издадена от ректора на ………………………….…………………… ……………………………………...

 (посочва се висшето училище)

* 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 (ЗОВСРБ), издадена по реда на чл. 11, ал. 1, т. 3 на Наредба № 1 от 2015г. – № ……………….. от …………………..г.

Обучението ми за придобиване на специалност **приключва до……………………. г.** В случай на промяна на това обстоятелство, ще бъда задължен да уведомя Министерството на здравеопазването в 7-дневен срок от настъпването му.

Към момента имам/нямам сключен трудов договор/служебно правоотношение.

 (невярното се зачертава)

 (посочва се наличието на трудов договор/служебно правоотношение без значение от заеманата длъжност и работодателя)

**Информирам съм, че:**

1. Финансирането на таксите за теоретичното и практическото ми обучение по проекта е допустимо само за времето, за което те не се заплащат от държавата или друг източник, включително от мен. Ако бъда класиран по проекта, следва да се преустанови финансирането на таксите за теоретичното и практическото ми обучение от друг източник, включително от мен, в противен случай с мен няма да бъде сключен договор за финансиране по проекта и аз ще бъда заменен от следващия кандидат в класирането.

2. Мога да получавам стипендия за периода на обучението си по специалността, само ако не получавам доходи от: трудови възнаграждения; възнаграждение от служебно правоотношение; упражняване на икономическа дейност; възнаграждение за извършване на лечебно-диагностична дейност. Ако бъда класиран по проекта, следва да се преустанови получаването на такива доходи, ако желая да получавам стипендия по проекта.

3. Съгласно действащото към момента законодателство за специализантите по Наредба № 1 от 2015г. по проекта **не** се поемат такси за практическо обучение по клинични специалности, договорени с приемащата база за обучение при провеждане на модули извън основната база, както и такси за практическо обучение, договорени при провеждане на обучение по реда на чл. 13 на Наредба № 1 от 2015г. Изключение са специализантите по реда на Наредба № 1 от 2015г. по Обща медицина, които се обучават въз основа на заповед на ректор на висше училище (те дължат такса за цялото си практическо обучение, която може се заплаща по проекта, ако не се заплаща от друг източник).

**Прилагам** следните документи:

1. Копие на Договор за обучение на място, финансирано от друг източник/ трудов договор на длъжност за специализант/ договор по чл. 234 от Кодекса на труда в случаите по чл. 13 или чл. 11, ал. 1, т. 2 на Наредба № 1/ заповед на ректор на висше училище по реда на Наредба № 1 от 2015 г./ заповед на министъра на отбраната или оправомощено от него длъжностно лице по чл. 92, ал. 3 от ЗОВСРБ, издадена по реда на чл. 11, ал. 1, т. 3 на Наредба № 1 от 2015г.

(вярното се подчертава)

1. Копие на трудов договор, заверено от работодателя с „Вярно с оригинала“, съответно копие от заповедта за служебно правоотношение, заверено с „Вярно с оригинала“ от органа по назначаването (в случай, че заявителят е сключил трудов договор или има служебно правоотношение).

………… 20.…г.

гр. София С УВАЖЕНИЕ:................................

 (подпис)