

Вх. № COHC-..... /..... **Г.**

(попълва се в Министерството на здравеопазването)

за предоставяне на финансов стимул на специалист

**по специалност с установен недостиг на специалисти на територията на страната
по проект BG05SFPR002-1.014-0001 „Насърчаване на специализацията по специалности и
в области с недостиг на специалисти“**

$$\mathbf{O}_T.$$

(имена по документ за самоличност на специализанта)

ЕГН/ЛНЧ: [][][][][][][][], гражданство .

(или друг идентификационен номер на чужденеца)

Постоянен адрес:

Адрес за

корреспонденция:

(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

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



Съфинансирано от
Европейския съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Детска психиатрия

Детска хирургия

Епидемиология на инфекциозните болести

Клинична вирусология

Педиатрични здравни грижи

Психиатрични здравни грижи

Спешна медицинска помощ

(отбелязва се специалността)

в база за обучение

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)



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

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;

- 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



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

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;



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

- 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 бъде „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 си 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.

☐ Информирам съм, че ако преустановя специализация, за която съм получавал финансови средства 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.

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



Съфинансирано от
Европейския съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

чл. 11, ал. 1, т. 3 на Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването;

☐ заповед на ректора на висшето училище, в което е регистриран специализантът, въз основа на която се осъществява обучението му

(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;

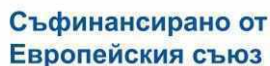
☐ чужденец от българска народност

(вярното се отбелязва)

Дата:

С УВАЖЕНИЕ:

(подпис)



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)

[illegible]

(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 специалист по специалност

с база за обучение

гр. _____, област _____

с начална дата на обучение

и актуална към момента крайна дата на обучение

Дата:

Подпись:

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

*Представя се копие на заповед за упълномощаване/заместване

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