Главному врачу

ГБУЗ «Кяхтинская ЦРБ»

Т.П-Д. Будаевой

                                   от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (ФИО обучающегося)

                                    Паспорт    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (документ, удостоверяющий личность,

 серия, номер, кем и когда выдан)

                                       Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

                               Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отказ

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

отказываюсь от получения дополнительной меры поддержки в виде стимулирующей выплаты в размере 1,5 тыс. (одна тысяча пятьсот) рублей в месяц в порядке утвержденном Постановлением Правительства Республики Бурятия от 19.02.2022 № 62 об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры поддержки в виде стимулирующей выплаты студентам, обучающимся в образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования, заключившим договор о целевом обучении с медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Республики Бурятия, и принятым на целевые места в пределах квоты целевого приема.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Фамилия И.О.) |
|  |  |  |
|  |  | (дата) |