

В. о. ректора Донецького національного  
медичного університету, професорці  
Єрмолаєвій М. В.

\_\_\_\_\_ прізвище, ім'я, по батькові заявника

№ телефону \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

### Заява

Прошу надати мені одноразову адресну грошову допомогу, у відповідності до Постанови Кабінету Міністрів України від 30.05.2025 року № 635 та наказу Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2025 року № 1198.

Інтернатуру закінчив(ла) у \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, у \_\_\_\_\_ році  
назва ЗВО, де проходили інтернатуру

за спеціальністю «\_\_\_\_\_» за  
спеціальність інтернатури

кошти державного бюджету.

Даю згоду на обробку персональних даних.

Засвідчую, що ознайомлений(а) з Порядком надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам, які закінчили підготовку в інтернатурі за лікарськими спеціальностями.

До заяви додаю:

1. Лист закладу охорони здоров'я про відповідність вимогам пункту 1 Постанови;
2. Копію паспорта;
3. Копію облікової картки платника податків;
4. Копію диплома;
5. Копію сертифікату про присвоєння професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я;
6. Копію трудової книжки (у разі відсутності відомості про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування);
7. Копію договору про роботу в закладі охорони здоров'я, визначеного у пункті 2 Порядку.

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ підпис