АДМИНИСТРАЦИЯ ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА

Красноярского края

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

19.12.2024 г. Енисейск № 995-п

Об утверждении Положения о порядке оплаты и возмещения расходов на медицинский осмотр при трудоустройстве в администрацию Енисейского района и ее структурные подразделения, муниципальные казенные учреждения Енисейского района

В соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 29н «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, руководствуясь Уставом Енисейского района Красноярского края,ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить Положение о порядке оплаты и возмещения расходов на медицинский осмотр при трудоустройстве в администрацию Енисейского района и ее структурные подразделения, муниципальные казенные учреждения Енисейского района согласно приложению к настоящему постановлению.
2. Контроль за исполнением настоящего постановления оставляю за собой.
3. Постановление вступает в силу со дня подписания и подлежит размещению на официальном информационном Интернет-сайте Енисейского района Красноярского края.

Глава района А.В.Кулешов

Приложение к постановлению

администрации района

от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_2024г. №\_\_\_\_\_-п

Положение

о порядке оплаты и возмещения расходов на медицинский осмотр при трудоустройстве в администрацию Енисейского района и ее структурные подразделения, муниципальные казенные учреждения Енисейского района.

1. Настоящее Положение определяет порядок оплаты предварительных медицинских осмотров при трудоустройстве в администрацию Енисейского района и ее структурные подразделения Енисейского района, а также периодические медицинские осмотры в соответствии с требованиями законодательства РФ и иными нормативными актами.

 2. Настоящее Положение регулируется статьями 69, 214, 220 Трудового кодекса Российской Федерации, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 29н «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников» (далее – Приказ № 29н).

3. Оплата обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров, других обязательных медицинских осмотров, обязательных психиатрических освидетельствований (далее – медицинские осмотры), осуществляется за счет средств Работодателя в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4. Работодателями в целях настоящего Положения являются:

Администрация Енисейского района;

Финансовое управление администрации Енисейского района;

Муниципальные казенные учреждения.

5. Для прохождения медосмотра Работодатель выдает работнику направление установленной формы. В направлении указываются сведения предусмотренные пунктом 9 Порядка приказа № 29н.

6. В случае если работник был направлен на предварительный медицинский осмотр и прошел его за свой счет, Работодатель возмещает работнику расходы на медицинский осмотр в следующем порядке:

работник подает заявление с просьбой возместить его затраты на прохождение предварительного осмотра по установленной форме (приложение 2);

к заявлению прилагаются подтверждающие оплату документы (оригиналы квитанций, чеков, расчеты в форме перевода денежных средств (прямое дебетование), расчеты в форме перевода электронных денежных средств, приходный кассовый ордер (ф.0402008);

договоры на оказание платных медицинских услуг.

7. Работодатель рассматривает заявление и принимает решение о выплате компенсации не позднее десяти календарных дней.

Решение Работодателя оформляется распоряжением (приказом) о возмещении расходов.

8. Настоящее Положение распространяется в полном объеме на совместителей.

***Образец заявления о возмещении расходов на медосмотр оплаченный за счёт собственных денежных средств работника.***

 Главе Енисейского района

 А.В. Кулешову

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу возместить мне расходы на предварительный медицинский осмотр при поступлении на работу ***в администрацию Енисейского района*** на должность ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***, оплаченный мной за счет собственных денежных средств, в размере

Приложение:

1. Договор об оказании платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Платежный документ, подтверждающий оплату медицинских услуг.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ / Иванова Н.И.***