## В Государственную трудовую инспекцию

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_*

 *(указать регион)*

Адрес: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

 *(Ф.И.О.)*

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

о проведении проверки по факту нарушения трудовых прав

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество и год рождения пострадавшего, должность)

в период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года по настоящее время/ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года работаю/л в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(название медицинской организации, где работник исполнял трудовые обязанности)

В период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. работодатель неоднократно нарушал мои трудовые права: \_\_\_\_\_\_\_\_

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

(перечислить нарушения)

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

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

***Например:*** *В период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. работодатель неоднократно привлекал меня к выполнению сверхурочной работы без моего письменного согласия под угрозой увольнения. Сведения о выполнении мной сверхурочной работы подтверждаются служебной запиской/ записями в журнале учета приема пациентов и т.д. Однако сведения о выполненной сверхурочной работе в табеле учета рабочего времени не отражены, выплата мне не начислена.*

**На основании изложенного и в соответствии со ст.ст. 355-358, 419 ТК РФ прошу:**

1. Провести проверку правомерности/ неправомерности действий моего работодателя.

2. Обязать работодателя соблюдать мои трудовые права (*например: не привлекать меня к выполнению сверхурочной работы без моего письменного согласия/ отразить данные о выполненной сверхурочной работе в табеле учета рабочего времени/ начислить выплату за выполненную сверхурочную работу*).

3. Применить к лицам, допустившим нарушение моих прав, установленные меры ответственности.

4. При проведении проверки сохранить конфиденциальность моих данных и не разглашать работодателю сведения о поступившем от меня обращении.

Приложение:

1. Копия трудового договора

2. Расчетные листы

3. Иные документы, подтверждающие доводы заявителя

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

**Если вы чувствуете повышенную усталость, депрессию, раздражительность, когда все валится из рук, то просто позвоните нам по телефону "горячей линии" помощи для медработников 8-800-600-3629. Анонимно, бесплатно, круглосуточно.**

**Ссылка на страничку:**[**Ясное утро.рф**](https://bit.ly/3G3wHF5)