Председателю

территориальной аттестационной комиссии

Министерства здравоохранения Пермского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя отчество - полностью, наименование

должности, организации в родительном падеже без сокращений)

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

(указать имеющуюся квалификационную категорию и дату присвоения)

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

(контактный номер телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести аттестацию для получения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать квалификационную категорию)

квалификационной категории по специальности

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

В соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=B5715EE98975459594259699E12AFC3862F9E404F8D16CD8B4BA1EAD0A1A6E31916F08CCC9D71E4E35HAM) Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных [пунктом 3 части первой статьи 3](consultantplus://offline/ref=B5715EE98975459594259699E12AFC3862F9E404F8D16CD8B4BA1EAD0A1A6E31916F08CCC9D71E4A35HBM) Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных".

Перечень действий с персональными данными:

формирование документов и выполнение требований для прохождения аттестации для присвоения квалификационной категории в соответствии с [Порядком и сроками](consultantplus://offline/ref=B5715EE98975459594259699E12AFC3862F9E401FED56CD8B4BA1EAD0A1A6E31916F08CCC9D71C4835H3M) прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории, утвержденными Минздравом России.

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне разъяснены.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи) (подпись)

Приложение:

1. копия паспорта,

2. аттестационный лист,

3. отчет о профессиональной деятельности,

4. копии документов об образовании (диплом, удостоверение, свидетельство, сертификаты медицинского (фармацевтического) работника,

5. копия трудовой книжки,

6. копии документов о присвоении имеющейся квалификационной категории (при наличии),

7. копии документов, подтверждающих факт изменения фамилии, имени, отчества, в случае их изменений;

8. письменное разъяснение руководителя о причинах отказа в согласовании отчета о профессиональной деятельности, при отсутствии согласования в отчете о профессиональной деятельности (при наличии).

Документ, подтверждающий присвоение мне квалификационной категории, прошу выдать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать способ получения )

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)(расшифровка подписи)