

СНИЛС

тел. раб.

тел. моб.

электронный адрес

Председателю координационного комитета
отделения Центральной аттестационной
комиссии Минздрава России

В

(указать соответствующий округ)

ФИО*

(фамилия, имя, отчество председателя)

от

(фамилия, имя, отчество - полностью)

работающего по специальности

в должности

(должность по заявленной специальности и согласно трудовой книжке)

(место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести аттестацию на присвоение

(указать какой категории: второй, первой, высшей)

квалификационной категории по специальности

(указать специальность в соответствии с номенклатурой специальностей)

Стаж работы по данной специальности

лет.

Квалификационная категория

по специальности

Присвоена в

году.

(писать сведения о последнем присвоении квалификационной категории)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие в отделение Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в Центральном Федеральном округе, расположенному по адресу: Москва, улица Поликарпова, дом 12 на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно, совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 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 прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 ноября 2021 года № 1083н) (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 30 ноября 2021 года № 66098).

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.

(подпись)

(расшифровка подписи)

*См. структуру Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации