Председателю

территориальной аттестационной комиссии

министерства здравоохранения

Новосибирской области

Е.А. Аксеновой

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| от |  | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | |
| работающего(ей) по специальности | | |  | |
| в должности | |  | | |
|  | | | | |
| (должность и место работы) | | | | |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): | | | |  |
| (адрес места проживания)  Контактный номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прошу Вас присвоить мне | | |  | | квалификационную категорию | |
|  | | | (указать) | |  | |
| по специальности (должности) | |  | | | | |
|  | | (указать) | | | | |
| Стаж работы по данной специальности (должности) | | | | |  | лет |
| Квалификационная категория | | | |  | | |
|  | | | | (указать, если имеется) | | |
| по специальности | |  | | | | |
|  | | | | (указать) | | |
| Присвоена |  | | | | (дата присвоения) | |

**В соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях проведения аттестации даю согласие Оператору и Третьим лицам на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, распространение (размещение на официальном сайте министерства здравоохранения Новосибирской области о результатах проведения аттестации), предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение своих персональных данных:**

*фамилия, имя, отчество; дата, место рождения; пол; адрес; профессия; реквизиты документов об образовании, о профессиональной переподготовке, повышении квалификации; сведения о награждении; сведения о трудовой деятельности; сведения о смене фамилии, имени, отчества,* а также иных данных, связанных с прохождением аттестации в целях соблюдения законодательства в сфере защиты персональных данных,

**совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.**

**Оператор: Министерство здравоохранения Новосибирской области, отдел подготовки использования и развития кадровых ресурсов управления кадровой политики, государственной гражданской службы и организационно-контрольной работы. (630007, г.Новосибирск, ул.Красный проспект, д.18).**

**Третье лицо: Экспертная группа территориальной аттестационной комиссии министерства здравоохранения Новосибирской области.**

**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**.

**Оставляю за собой право отзыва данного согласия по моему письменному заявлению. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.**

Выписку из протокола экспертной группы о присвоении квалификационной категории: □ выдать лично

□ направить почтой

□ направить эл.почтой

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| (почтовый адрес с индексом, адрес эл.почты) | | | | | |
|  | | |  | | |
|  | |  |  | | |
| (подпись) | | (дата) |  | | |
|  | |  |  | | |
| Заявление принято (согласие получено) ответственным секретарем: | | | | | / |
|  | | | | | (Ф.И.О., подпись) |
| Регистрационный № |  | | от |  |  |