

Приложение 2 к Порядку

Рекомендуемый образец

Заместителю председателя Ведомственной
аттестационной комиссии Министерства науки
и высшего образования Российской Федерации

К.А. Швед

от _____
(фамилия, имя и отчество (при наличии) – полностью)

работающего в должности _____

(должность по трудовой книжке)

(место работы, СНИЛС)

контактный телефон _____

адрес электронной почты _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести аттестацию на присвоение _____
квалификационной категории по специальности (должности)

Стаж работы по данной специальности _____ лет.

Присвоенная квалификационная категория _____
по специальности (должности) _____, дата присвоения

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 52-ФЗ «О персональных данных» даю согласие в отделение Ведомственной аттестационной комиссии Министерства науки и высшего образования Российской Федерации по присвоению квалификационных категорий медицинским работникам и фармацевтическим работникам на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно, совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень действий с персональными данными: формирование документов и выполнение требований для прохождения аттестации на присвоение 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 31 августа 2023 г. № 458н.

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.

« _ » _____ Г. _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)