|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | |
| СНИЛС  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Председателю  Территориальной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики для аттестации медицинских работников и фармацевтических работников | | | |
| тел. раб. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество председателя) | | | |
| тел. моб. |  | от |  | | |
|  |  | (фамилия, имя, отчество - полностью) | | | |
|  |  | работающего по специальности | | |  |
| электронный адрес |  |  | | | |
|  |  | 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. | | | | |
| (указать 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 Министерству здравоохранения Луганской Народной Республики и территориальной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики для аттестации медицинских работников и фармацевтических работников для получения квалификационной категории 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2023 года № 458 н) (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 05 октября 2023 года № 75469).

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)