|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю  аттестационной комиссии  Департамента здравоохранения  Ивановской области  Лукиной Л.Н.  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество – полностью)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (место работы, структурное подразделение)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**(телефон сотовый для связи,**

**адрес электронной почты, СНИЛС)**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_квалификационную

(вторую, первую, высшую)

категорию по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование специальности по сертификату, свидетельству об аккредитации)

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.

Квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать если имеется)

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование специальности по сертификату, свидетельству об аккредитации)

присвоена (подтверждена) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

В соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью оценки квалификации даю согласие оператору персональных данных на осуществление действий (операций) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление в документальной, электронной, устной форме.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до момента достижения цели обработки персональных данных или его отзыва.

Мне разъяснено, что настоящее согласие может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

Я ознакомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящего согласия оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в [пунктах 2](consultantplus://offline/ref=8AC9770FBAED16C0E94AFD8A65EDAAE63C33EDACE06388DDC7B8939F10062E1B1E888ACE2D557ABF6CjEA) - 11 части 1 статьи 6, [части 2](consultantplus://offline/ref=8AC9770FBAED16C0E94AFD8A65EDAAE63C33EDACE06388DDC7B8939F10062E1B1E888ACE2D5578B16CjCA) статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(а).

На передачу мне сведений по телефону, электронной почте, почтовым отправлением согласен(а).

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)