

Председателю Аттестационной комиссии
Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан
Зиннуровой Г.Ф.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Работающего по специальности

(наименование должности и организации,
осуществляющей медицинскую или
фармацевтическую деятельность)

СНИЛС: _____

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Я, _____
(Ф.И.О. (последнее - при наличии))

зарегистрированный(ая) по адресу; _____

документ, удостоверяющий личность: _____
(вид документа, номер документа, кем и когда выдан)

прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную категорию по
(указать категорию)

специальности _____

(в соответствии с действующей Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 205н)

Стаж работы по данной специальности _____ лет

Квалификационная категория _____ по специальности

(указать, если имеется)

(в соответствии с действующей Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 205н)

Присвоена _____
(указать дату присвоения)

Также даю согласие уполномоченным должностным лицам Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (далее - Министерство), расположенного адресу: 450057, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 23 на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор (получение), запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, а также использование Министерством, подведомственными Министерству организациями моих данных, в том числе таких как:

1. Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии, в том числе прежние фамилии, имена и отчества (последнее при наличии) в случае их изменения, сведения о том, когда, где и по какой причине они изменялись).
2. Дата рождения (число, месяц и год рождения).
3. Место рождения.
4. Вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность гражданина Российской

- Федерации, наименование органа и код подразделения органа (при наличии), выдавшего его, дата выдачи.
5. Адрес и дата регистрации по месту жительства (места пребывания).
 6. Адрес фактического проживания (места нахождения).
 7. Сведения об образовании (наименовании образовательной и (или) иной организации, год окончания, уровень профессионального образования, реквизиты документов об образовании, направление подготовки, специальность и квалификация по документу об образовании, ученая степень, ученое звание (дата присвоения, реквизиты диплома, аттестата).
 8. Сведения о дополнительном профессиональном образовании (профессиональной переподготовке, повышении квалификации) (наименование образовательной и (или) научной организации, год окончания, реквизиты документа о переподготовке (повышении квалификации), квалификация и специальность по документу о переподготовке (повышении квалификации), наименование программы обучения, количество часов обучения).
 9. Сведения о владении иностранными языками и языками народов Российской Федерации.
 10. Сведения о трудовой деятельности.
 11. Реквизиты документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета.
 12. Номера контактных телефонов (домашнего, служебного, мобильного).
 13. Иные сведения, содержащие мои персональные данные, которые я пожелал(а) сообщить о себе.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях проведения в отношении меня аттестации для присвоения квалификационной категории, в том числе в целях мониторинга кадрового состава системы здравоохранения и определения потребности в объемах приема на работу, подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего заявления до истечения сроков хранения представленной информации, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо отзыва настоящего согласия;

2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Министерство вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»;

3) персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения функций, возложенных законодательством Российской Федерации, Республики Башкортостан на Министерство.

4) Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«__» _____ 20__ г.

_____ /
(подпись)

(фамилия, инициалы)