|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Председателю координационного комитета отделения Центральной аттестационной комиссии Минздрава Россиив Центральном Федеральном округе | | | |
| тел. раб. |  | Д.А. Сычеву | | | |
| тел. дом. |  | от |  | | |
| тел. моб. |  | (фамилия, имя, отчество - полностью) | | | |
|  |  | работающего по специальности | | |  |
|  |  |  | | | |
| электронный адрес |  | в должности | |  | |
|  |  | (должность по заявленной специальности и согласно трудовой книжке) | | | |
|  |  | ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  Минздрава России (Сеченовский Университет) | | | |

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. | | | | |
| (писать 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 в отделение Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в Центральном Федеральном округе, расположенному по адресу: Москва, улица Поликарпова, дом 12 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, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2023 года № 458н) (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 05 октября 2023 №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)