Приложение 2 к Порядку Рекомендуемый образец

|  |
| --- |
| Председателю Ведомственной аттестационной комиссии Министерства науки и высшего образования Российской Федерации  Д.В. Пышному |
| 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)