|  |
| --- |
|  |
| Председателю Ведомственной  |
| аттестационной комиссии |
| ФМБА России  |
| Т.В. Яковлевой |
| от  |
| (фамилия, имя , отчество полностью), |
| работающего в должности |
|  |
|  |
|  |
| **место работы** |
|  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прошу присвоить мне |  | квалификационную |

 (указать)

|  |  |
| --- | --- |
| категорию по специальности |  |

 (указать)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стаж работы по данной специальности |  | лет |

|  |  |
| --- | --- |
| Квалификационная категория |  |

 (указать, если имеется)

|  |  |
| --- | --- |
| по специальности |  |

(указать)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата присвоения  |  |  |

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие АК ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, расположенному по адресу: г.Н.Новгород, ул.Нижне-Волжская наб., д.2, 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 23 апреля 2013 г. № 240н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 5 июня 2013 г. № 29005). 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)