

Приложение № 1
к Положению об Аттестационной
комиссии Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан

Форма

Председателю Аттестационной комиссии
Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
от _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
работающего по специальности _____

_____ (в соответствии с действующей
номенклатурой)
в должности _____

_____ (наименование должности и организации,
осуществляющей медицинскую
или фармацевтическую деятельность)
СНИЛС: _____
Контактный телефон: _____
Адрес электронной почты: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную категорию по специальности
(указать категорию)

_____ (в соответствии с действующей номенклатурой)

Стаж работы по данной специальности _____ лет.

Квалификационная категория _____ по специальности
(указать, если имеется)

_____ (в соответствии с действующей номенклатурой)

присвоена в _____
(указать дату присвоения)

« ___ » _____ 20__ г.

_____ (подпись)

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление Министерством здравоохранения Республики Башкортостан следующих действий с моими персональными данными: их обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение

(обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в целях присвоения квалификационной категории, а также на их использование Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, подведомственными Министерству здравоохранения Республики Башкортостан организациями, 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.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

« ___ » _____ 202__ г.

_____ (подпись)