Председателю Аттестационной комиссии Министерства здравоохранения

Республики Башкортостан

от

(фамилия, имя, отчество)

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 году.

" " 20 г.

(подпись)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 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, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях проведения аттестации для получения квалификационной категории, в том числе получения информации о прохождении квалификационного экзамена, о результатах квалификационного

экзамена, а также на их использование Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, подведомственными им 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.

Указанная информация может быть предоставлена мне с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

" " 202\_\_ г.

(подпись)