

Председателю Аттестационной комиссии
Комитета по здравоохранению Ленинградской области
Вальденбергу А.В.
от

(фамилия, имя и отчество специалиста)

работающего(ей) по специальности

в должности

(подразделение, название медицинской организации полностью)

СНИЛС

мобильный телефон

адрес электронной почты

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу присвоить мне _____ квалификационную категорию
(высшую; первую; вторую)

по специальности: _____

Стаж работы по данной специальности _____ лет

Имеющаяся квалификационная категория: _____
(высшая; первая; вторая; отсутствует)

дата прохождения последней аттестации: _____
(год и месяц указывается при наличии категории)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие в аттестационную комиссию Комитета по здравоохранению Ленинградской области 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 года № 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.

(дата)

подпись

(ФИО)

Дата регистрации

№