

Председателю Территориальной аттестационной комиссии министерства здравоохранения Самарской области по присвоению квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), полностью)

работающего по специальности \_\_\_\_\_

в должности \_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_  
(название структурного подразделения)  
\_\_\_\_\_ (место работы)

Регистрация по месту жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

Фактическое место жительства: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу присвоить мне \_\_\_\_\_ квалификационную категорию по  
(высшую, первую, вторую)  
специальности \_\_\_\_\_.

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_ лет.

Имеется \_\_\_\_\_ квалификационная категория по специальности \_\_\_\_\_  
(высшая, первая, вторая)  
\_\_\_\_\_ присвоена \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год присвоения)

Мой страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_

Приложение: согласие на обработку (распространение) персональных данных.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии), полностью)

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), полностью)

согласен /согласна на обработку, передачу третьим лицам в документальной и/или электронной форме своих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных министерством здравоохранения Самарской области в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных», в целях присвоения мне квалификационной категории. Настоящее согласие распространяется на следующую информацию: фамилия, имя, отчество, паспортные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета, номера контактных телефонов, данные диплома об образовании, иная информация, необходимая для достижения указанной выше цели. Подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую свободно, по своей воле и в своих интересах.

Данное согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до наступления срока ликвидации аттестационного дела заявителя в соответствии с действующими нормами хранения дел. На основании письменного заявления согласие может быть отозвано, если иное не установлено федеральным законом.

Электронная почта (E-mail) \_\_\_\_\_

Телефон моб. \_\_\_\_\_

Телефон раб. \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии), полностью)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии), полностью)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

когда и кем \_\_\_\_\_

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

адрес регистрации \_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие на распространение министерством здравоохранения Самарской области (443020, г. Самара, ул. Ленинская, д.73, ИНН 6315800971, ОГРН 106631557907, Государственная информационная система Самарской области «Кадры медицинских учреждений», адрес информационной базы: <http://10.2.22.4/imc>, сервер (WWW) – apache, имя каталога на сервере - C:\Program Files (x86)\Apache Software Foundation\Apache2.2) моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей: прохождения аттестации на присвоение квалификационной категории в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.08.2023 №458н «Об утверждении порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» и распространяется на следующую информацию: фамилия, имя, отчество (при наличии), год, месяц, дата рождения, адрес, паспортные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета, номера контактных телефонов, данные об образовании и выданных документах об образовании, о профессии, сведения о трудовой деятельности, социальном положении, иная информация, необходимая для достижения указанной выше цели.

Настоящее согласие предоставляется на распространение действий с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанной выше цели, с учётом федерального законодательства «О персональных данных», а также на передачу моих персональных данных третьим лицам.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Условий и запретов на обработку персональных данных разрешенных мной для распространения не имеется.

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающий доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников: специалистов ГБУЗ «Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр», секретарей и членов Территориальной аттестационной комиссии министерства здравоохранения Самарской области по присвоению квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам.

Данное согласие действует с момента его подписания и до наступления срока ликвидации аттестационного дела заявителя в соответствии с действующими нормами хранения дел или до дня отзыва в письменной форме.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), полностью)

\_\_\_\_\_  
(подпись)