

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)

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, 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)

*Заявление оформляется на имя председателя Территориальной аттестационной комиссии министерства здравоохранения Самарской области по присвоению квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам. Фамилия, имя, отчество специалиста указывается полностью. Заявление должно быть подписано личной подписью специалиста. Заявление подается независимо от продолжительности работы в организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, а также в период нахождения в отпуске по уходу за ребенком, с учетом требований пунктов 7 - 9 Порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.2021 №1083н. Заявление, составленное на иностранном языке, представляются с заверенным переводом на русский язык в соответствии с законодательством Российской Федерации.