

Председателю аттестационной комиссии  
министерства здравоохранения  
Воронежской области по аттестации  
медицинских и фармацевтических  
работников  
И.Н.Банину

\_\_\_\_\_ (занимаемая должность)

\_\_\_\_\_ (место работы)

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Сот.телефон \_\_\_\_\_

Адрес эл.почты \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу аттестовать на \_\_\_\_\_ квалификационную категорию по специальности

\_\_\_\_\_ Был(а) аттестована на \_\_\_\_\_ квалификационную категорию \_\_\_\_\_  
(дата присвоения и № приказа)

Общий медицинский стаж работы \_\_\_\_\_ лет (года).

Стаж работы по аттестуемой специальности \_\_\_\_\_ лет (года).

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ  
«О персональных данных» я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

в целях оценки квалификации даю свое письменное согласие министерству здравоохранения Воронежской области, расположенному по адресу: 394018, г. Воронеж, ул. Красноармейская, д. 52д, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, к которым относятся: фамилия, имя, отчество; пол; день, месяц, год и место рождения; документ, удостоверяющий личность и его реквизиты; почтовый индекс, адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) и почтовый адрес; телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный), адрес электронной почты; сведения об образовании; сведения о трудовой деятельности; иные сведения, указанные в настоящем заявлении и в приложенных к нему документах.

Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных (в том числе обработку персональных данных посредством запросов информации и необходимых документов).

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)