В Аттестационную комиссию

Департамента здравоохранения города Москвы

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

работающего по специальности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в соответствии с действующей номенклатурой)

в должности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование должности и медицинской организации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прошу Вас продлить мне срок действия | | | | | |  | квалификационной | |
|  | | | | | | (указать какую) |  | |
| категории, по специальности | | | | |  | | сроком на один год. | |
| (в соответствии с действующей номенклатурой) | | | | | | | | |
| Квалификационная категория присвоена | | | | | | « » 20 г. | | по специальности |
|  | | | | | | | | |
| (указать какой) | | | | | | | | |
| Находилась по уходу за ребенком до 3-х лет **с** «\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. **по** «\_\_\_\_\_\_ » 20\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | |
| Приступила к работе с «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | |
| Справка с места работы, копия действующего сертификата специалиста,  свидетельство о рождении – прилагаются. | | | | | | | | |
| « | \_\_\_\_ | » | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | | | |
|  | | | | | | | | |

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152 ФЗ «О персональных данных» настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление Департаментом здравоохранения города Москвы, Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения», Государственным бюджетным профессиональным образовательным учреждением Департамента здравоохранения города Москвы «Медицинский колледж   
№ 7» 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 на присвоение квалификационной категории, в том числе получения информации о прохождении квалификационных процедур,   
о результатах квалификационного экзамена, принятых решениях аттестационной комиссии Департамента здравоохранения города Москвы, а также на их использование органами государственной власти города Москвы, 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.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информации   
о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций.

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.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)