

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

(должность)

(место работы)

Ф.И.О.

СНИЛС _____

e-mail _____

телефон _____

Заявление

Прошу аттестовать на _____ квалификационную категорию по специальности _____

Был(а) аттестован(а) на _____ квалификационную категорию _____
(дата присвоения)

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 департаменту 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)