

Председателю аттестационной комиссии  
Министерства здравоохранения Алтайского края  
Попову Д.В.

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

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

в должности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(место работы)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_ квалификационную  
(указать)

категорию по специальности \_\_\_\_\_  
(указать)

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

Квалификационная категория \_\_\_\_\_  
(указать если имеется)

по специальности \_\_\_\_\_  
(указать)

Присвоена в \_\_\_\_\_ году.

Электронная почта \_\_\_\_\_

Номер мобильного телефона \_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – № 152-ФЗ) даю согласие аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края, расположенной по адресу: г. Барнаул пр. Красноармейский, 95а на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 № 152-ФЗ.

Перечень действий с персональными данными: формирование документов и выполнение требований для прохождения аттестации для присвоения квалификационной категории в соответствии с Порядком и сроками прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.2021 № 1083н. Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне разъяснены. Настоящее согласие действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)