

Председателю областной аттестационной
комиссии Комитета по здравоохранению
Псковской области
М.В. Гаращенко
от

(И.О.Фамилия)

работающего (щей) по специальности

в должности

(указать место работы, контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне _____
(указать)

квалификационную категорию по специальности

(указать)

Стаж работы по данной специальности _____ лет.

Квалификационная категория _____
(указать, если имеется)

Присвоена в _____ году

Настоящим удостоверяю достоверность своих персональных данных (заполняется
собственноручно):

(фамилия, имя, отчество, адрес регистрации, номер основного документа, удостоверяющего личность)

_____ (сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

даю согласие на их обработку (заполняется секретарем аттестационной комиссии)

Аттестация для присвоения квалификационной категории

(цель обработки персональных данных)

Фамилия, имя, отчество, пол, специальность, место работы, должность, и квалификационная
категория

(перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных)

Подготовка протокола заседания аттестационной комиссии, приказа о присвоении
(подтверждении) и квалификационной категории

(перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие)

Срок действия настоящего согласия 5 лет, со дня регистрации аттестационного листа

(срок, в течение которого действует согласие)

Согласие может быть отозвано в любой момент. Для этого необходимо обратиться в
Комитет по здравоохранению Псковской области (г. Псков, ул.
Некрасова, д. 23, с личным заявлением

(порядок его отзыва)

_____ (собственноручная подпись субъекта персональных данных)

« _____ » _____ 20__ г.