**Образец**

Председателю территориальной

аттестационной комиссии

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

Ф.И.О.

от палатной медсестры

терапевтического отделения

**Ивановой Светланы**

**Николаевны**

ГБУЗ «Междуреченская

городская больница»

СНИЛС 46-12- 367- 24

сотовый телефон.

8-905 - 969 - 47- 47

заявление.

Прошу провести аттестацию на **подтверждение** **высшей** квалификационной категории по специальности «**Сестринское дело**».

Квалификационная категория **высшая** по специальности «**Сестринское дело**» присвоена в **2019 году**.

## В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие в отделение Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в Центральном Федеральном округе, расположенному по адресу: Москва, улица Поликарпова, дом 12 на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно, совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

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 31 августа 2023 года № 458н).

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне разъяснены.

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

Документы прилагаю:

1. личное заявление;

2. аттестационный лист;

3. ходатайство руководителя учреждения;

4. отчет о работе

5. копии документов: трудовая книжка, диплом, свидетельство о браке (при необходимости), свидетельство об аккредитации, профессиональной переподготовки, действующий сертификат, повышение квалификации, копию документа о присвоении имеющейся категории.

подпись \_\_\_\_\_\_\_ дата\_\_\_\_\_\_