

**Ничего не
сокращать**

Все от руки

Председателю
аттестационной комиссии министерства
здравоохранения Краснодарского края для
получения квалификационных категорий
медицинскими и фармацевтическими
работниками

Е.Ф.Филиппову
Ивановой Светланы Ивановны
работающей по специальности
«Сестринское дело» в должности меди-
цинской сестры отоларингологического каби-
нета государственного бюджетного учрежде-
ния здравоохранения «Городская поликлиника
№27 города Краснодара» министерства здраво-
охранения Краснодарского края

заявление

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную категорию
(указать)
по специальности «Сестринское дело»
(указать)

Стаж работы по данной специальности 30.

Квалификационная категория высшая по специальности

«Сестринское дело» присвоена от 02.06.2015 г.

подпись

Председателю
аттестационной комиссии министерства
здравоохранения Краснодарского края для
получения квалификационных категорий
медицинскими и фармацевтическими
работниками

Е.Ф.Филиппову
Ивановой Светланы Ивановны
работающей по специальности
« Сестринское дело» в должности
медицинской сестры процедурной тера-
певтического отделения государственно-
го бюджетного учреждения здравоохра-
нения «Научно–исследовательский инсти-
тут–Краевая клиническая больница № 1
имени профессора С.В.Очаповского» ми-
нистерства здравоохранения Краснода-
рского края

Согласие

Я, (**указывается фамилия, имя, отчество**) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие министерству здравоохранения Краснодарского края и аттестационной комиссии министерства здравоохранения Краснодарского края для получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками на **обработку** (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место моего рождения, адрес, образование, профессия, другая информация для совершения квалификационных процедур при предоставлении государственной услуги по получению квалификационных категорий, представления по запросу в управление экономики и целевых программ Краснодарского края, управление информатизации и связи Краснодарского края, представления по запросу в правоохранительные органы (суды, полиция, прокуратура и другие).

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано в любое время на основании моего письменного заявления.

« ____ » _____ 20 ____ г.
