В аттестационную комиссию

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество

(при наличии)

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

(адрес места жительства,

номер телефона, адрес

электронной почты кандидата)

ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется от руки)

Прошу рассмотреть мою кандидатуру на должность руководителя

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

(наименование образовательной организации)

С [Порядком и сроками](consultantplus://offline/ref=31DD292E761574EE788D85B093C6B67AA43F6F4A2D8224F16997B3EA25CBA8CDC4809FAE04E092FEuAs8F) проведения аттестации кандидатов на должность руководителя и руководителя образовательной организации, находящейся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 августа 2014 г. N 470н, ознакомлен(а).

На обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение,

уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение, проверку достоверности, представленных мною в аттестационную комиссию Министерства здравоохранения Российской Федерации персональных данных согласен(-на).

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_