

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 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 _____