Приложение

к Положению о порядке и условиях присвоения статуса «Московский врач»

Министру Правительства Москвы, руководителю Департамента здравоохранения города Москвы

|  |  |
| --- | --- |
| от | (инициалы, фамилия) |
|  | |
| тел. | (Ф.И.О. полностью) |
| адрес электронной почты | |

(дата рождения, адрес по месту регистрации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о получении (подтверждении) для присвоения статуса «Московский врач»

Я.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

имею высшее (медицинское) образование по специальности (направлению подготовки) т *(наименование специальности, квалификации)*

полученное в году, в

(наименование образовательной организации)

В настоящее время занимаю должность

(указать наименование должности и полное наименование организации)

Прошу допустить меня до прохождения оценочных процедур для присвоения статуса "Московский врач".

**Прилагаю копии следующих документов:**

1. Документа, удостоверяющего личность:

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

1. Документа(ов) об образовании:
2. Иных документов:

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях организации и проведения оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач» на срок, необходимый для организации и проведения оценочных процедур, даю согласие на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной оценочных процедур, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие выдано в отношении Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения», Департамента здравоохранения города Москвы, включая уполномоченные им учреждения (организации, в т.ч. образовательные), - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

а также в отношении всех членов комиссии экспертной комиссии, комиссии по присвоению статуса «Московский врач», апелляционной комиссии по присвоению статуса «Московский врач».

(Ф.И.О.)

(подпись)