Аттестационная комиссия Министерства здравоохранения Республики Башкортостан по аттестации педагогических работников государственных, муниципальных и частных организаций, осуществляющих образовательную деятельность в сфере здравоохранения

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

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

*(фамилия, имя, отчество)*

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

*(должность)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(место работы полностью)*

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

*(контактный телефон)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу аттестовать меня в целях установления **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** квалификационной категории по должности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

В настоящее время по указанной должности имею \_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную категорию, срок ее действия до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*либо* квалификационной категории не имею).

Сообщаю о себе следующие сведения:

1) образование: высшее, (наименование образовательного учреждения, дата окончания, специальность по диплому);

2) стаж педагогической работы: по специальности - лет, в данной должности - лет, в данном учреждении - лет;

3) сведения о повышении квалификации, в том числе об обучении информационно-коммуникативным технологиям: (наименование учреждения профессионального образования, наименование курсов, сроки прохождения, номер полученного документа);

4) наличие наград, званий, ученой степени, ученого звания: (указать);

5) сведения о результатах предыдущих аттестаций: присвоена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационная категория по должности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», приказ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_;

С порядком проведения аттестации педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность, ознакомлен(а).

В соответствии с Федеральным законом № 152 - ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных, указанных в заявлении, с целью проведения аттестации.

Письменное уведомление о сроке и месте проведения моей аттестации прошу направить на следующий адрес: (указать электронный адрес).

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 *подпись расшифровка*

*Текст, выделенный курсивом, убрать.*