

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 22.08.2014 г. № 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 \_\_\_\_\_