

Министру Правительства Москвы, руководителю  
Департамента здравоохранения города Москвы

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

тел. \_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(дата рождения, адрес по месту регистрации)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

**о получении (подтверждении) статуса «Московская медицинская сестра**

**Я** \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

имею среднее/высшее профессиональное (медицинское) образование по специальности  
(направлению подготовки) \_\_\_\_\_

(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  
«Московская медицинская сестра»

#### Прилагаю копии следующих документов:

- Документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
- Документа (-ов) об образовании: \_\_\_\_\_
- 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 «Московская медицинская сестра» 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 Департамента здравоохранения города Москвы, включая уполномоченные им учреждения (организации, в т.ч. образовательные),

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)

а также в отношении всех членов экспертной комиссии, Комиссии по присвоению статуса «Московская медицинская сестра», Апелляционной комиссии по присвоению статуса «Московская медицинская сестра».

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО.) (подпись) «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_