|  |
| --- |
| В Аттестационную комиссию по аттестации педагогических работников образовательных организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации |
| *(фамилия, имя, отчество)* |
| *(должность)* |
| *(место работы)* |
| Адрес места жительства: |
|  |
| Контактный телефон: |
|  |
| Адрес электронной почты: |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прошу аттестовать меня на |  | квалификационную категорию |
|  | *(первую/высшую)* |  |  |
| по должности |  |  |
| Сообщаю о себе следующие сведения: |
| 1. Наличие квалификационной категории |  |
| *При наличии квалификационной категории:* | *(имеется / отсутствует)* |
| Квалификационная категория (первая/высшая) | Дата установления | Срок действия (до) |
|  |  |  |
| 2. Сведения об образовании |
| № п/п | Уровень образования | Полное наименование образовательной организации | Год окончания | Полученная специальность и квалификация |
| 1. |  |  |  |  |
| n. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 3. Стаж работы |
| Общий | В должности, указанной в настоящем заявлении |
|  |  |

|  |
| --- |
| 4. Информация о наличии государственных наград, почетных званий, ведомственных знаков отличия и иных наград, полученных за достижения в педагогической деятельности, сведений о награждениях за участие в профессиональных конкурсах |
| № п/п | Вид награды | Полное наименование | Год присвоения | Номер подтверждающего документа (при наличии) |
| 1. |  |  |  |  |
| n. |  |  |  |  |
| 5. Результаты работы, на основе которых устанавливается первая/высшая квалификационная категория *Указываются основания для аттестации на заявленную квалификационную категорию в соответствии с п. 35 или п. 36 Порядка проведения аттестации педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 24.03.2024 № 196, со ссылкой на подтверждающие документы*  |
| № п/п | Основания для аттестации | Результаты деятельности |
| 1. |  |  |
| n. |  |  |
| 6. Сведения о повышении квалификации (за последние 3 года) |
| № п/п | Полное наименование образовательной организации | Название курса | Период обучения (даты) | Трудоемкость, часы |
| 1. |  |  |  |  |
| n. |  |  |  |  |
| 7. Сведения о профессиональной переподготовке |
| № п/п | Полное наименование образовательной организации | Год окончания | Полученная специальностьи квалификация |
| 1. |  |  |  |
| n. |  |  |  |
|  |
| Аттестацию на заседании Аттестационной комиссии прошу провести в моемприсутствии / без моего присутствия *(нужное подчеркнуть)*.Копии подтверждающих документов прилагаю.Приложения:1. Заявление – на \_\_л. в 1 экз.2. Копия приказа об установлении квалификационной категории – на \_\_л. в 1 экз. *(при наличии)*3. Копия диплома о среднем профессиональном образовании – на \_\_л. в 1 экз.4. Копия диплома о высшем образовании – на \_\_л. в 1 экз.5. Копия трудовой книжки – на \_\_л. в 1 экз./справка о трудовой деятельности – на \_\_л. в 1 экз.6. Копия документа, подтверждающего наличие государственных наград, почетных званий, ведомственных знаков отличия и иных наград, полученных за достижения в педагогической деятельности, награждения за призовые места в конкурсах профессионального мастерства педагогических работников – на \_\_л. в 1 экз.7. Копия(и) удостоверения(й) о повышении квалификации – на \_\_л. в 1 экз.8. Копия диплома о профессиональной переподготовке – на \_\_л. в 1 экз. *(при наличии)*9-n. *Документы, подтверждающие результаты профессиональной деятельности* |
| Дата |  |  | Подпись |  |
|  |
| *С Порядком проведения аттестации педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность, утвержденным приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 24.03.2024 № 196, ознакомлен(а).* |
| Дата |  |  | Подпись |  |
|  |  |  |  |
| *В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Аттестационной комиссии по аттестации педагогических работников образовательных организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение): фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, возраст, гражданство, паспортные данные, адрес места жительства, номер телефона, адрес электронной почты, сведения об образовании и трудовой деятельности, персональные данные, которые будут предоставляться мной в процессе прохождения аттестации, необходимость обработки которых предусмотрена действующим законодательством Российской Федерации, иные сведения, относящихся к персональным данным, с учетом ограничений, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.* |
| Дата |  |  | Подпись |  |