|  |
| --- |
| 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 специальность и квалификация | |
| 1. |  | | | | | | |  | | |  | |
| n. |  | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Аттестацию на заседании Аттестационной комиссии прошу провести в моем присутствии / 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 |  | | | |