В аттестационную комиссию

министерства образования и

науки Хабаровского края

**Иванов Иван Иванович**

(фамилия, имя, отчество (отчество указывается при наличии))

преподаватель

(должность согласно записи в трудовой книжке)

Министерство образования и науки Хабаровского края

краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное

учреждение «Комсомольский –на-Амуре лесопромышленный техникум»

 (место работы, наименование ОУ согласно уставу)

8(000)000-00-00

контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести аттестацию в целях установления квалификационной категории **высшей** по должности **преподаватель**

(первой/высшей – указать нужное) (наименование занимаемой должности)

Прошу провести аттестацию в моем присутствии (без моего присутствия)

(нужное подчеркнуть).

С Порядком аттестации педагогических работников в целях установления квалификационной категории, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 07 апреля 2014 г. № 276, ознакомлен (-а).

К заявлению прилагаю документы и материалы (сканы: паспорта, диплома об образовании, свидетельства о заключении брака, распоряжения об аттестации, выписка из трудовой книжки, сертификат и удостоверения о прохождении обучения )

(указывается в случае наличия таковых)

или указывается сайт, электронный адрес личного кабинета в Интернете, где размещены документы и материалы о результатах работы, согласие на обработку персональных данных.

« \_\_\_00\_\_\_» \_\_\_\_месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Иванов И. И.**

 **(подпись) (расшифровка подписи)**

Телефоны:

Моб.

e-mail:

**Согласие на использование персональных данных**

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152 ФЗ "О персональных данных" я, **Иванов Иван Иваныч**  преподаватель/масте поризводсвеного, краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Комсомольский – на -Амуре лесопромышленный техникум», проживающий по адресу г. Комсомольск-на- Амуре, пр. Победы 00 кв.00 паспорт 000 000000 Межрайонным отделом УФМС России по Хабаровскому краю г. Комсомольске-на- Амуре, 00.00.0000 г. даю согласие на обработку министерством образования и науки Хабаровского края и краевым государственным бюджетным образовательным учреждением дополнительного профессионального образования "Хабаровский краевой институт развития образования" моих персональных данных.

*6.1. Наименование, адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:*

* министерство образования и науки Хабаровского края, 680002, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 72;
* краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования "Хабаровский краевой институт развития образования", 680011, г. Хабаровск, ул. Забайкальская, д. 10.

*6.2.Цель обработки персональных данных*: проведение аттестации на установление соответствия **высшей** квалификационной категории, статистическая и аналитическая обработка итогов аттестации.

*6.3.Перечень персональных данных, на обработку которых даю согласие:*

* фамилия, имя, отчество;
* дата рождения;
* должность, по которой аттестуюсь;
* место работы;
* образование, когда и какое образовательное учреждение окончил(а), специальность и квалификация по диплому;
* стаж работы (трудовой, в должности, в учреждении);
* итоги проведения аттестационных процедур;
* контактные телефоны, Е-mail, skype

*6.4.Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даю согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:*

* сбор и обработка (систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) в базе данных аттестованных педагогических работников;
* использование при составлении статистической и аналитической отчетности и распространение с целью формирования краевой базы результатов аттестации педагогических работников **краевых государственных, муниципальных и частных организаций, осуществляющих образовательную деятельность;**
* размещение в свободном доступе на официальном сайте министерства образования и науки Хабаровского края и краевого государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Хабаровский краевой институт развития образования".

*6.5.Срок, в течение которого действует согласие, а также порядок его отзыва:*

Действует в течение неопределенного времени; оператор прекращает обработку персональных данных по требованию субъекта, заявленному в письменной форме на имя оператора.

7. Сведения о присутствии (неприсутствии) на заседании аттестационной комиссии министерства образования и науки края

Прошу провести аттестацию с целью установления соответствия **высшей** квалификационной категории в моем присутствии (без моего присутствия) (нужное подчеркнуть).

С Порядком аттестации педагогических работников **краевых государственных, муниципальных и частных организаций, осуществляющих образовательную деятельность,**ознакомлен (-а).

«\_\_00\_»\_\_\_\_месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Иванов И. И.**

 (подпись) (расшифровка подписи)