

## *Приложение № 1*

В аттестационную комиссию  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства, номер телефона,  
\_\_\_\_\_  
адрес электронной почты кандидата)

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу рассмотреть мою кандидатуру на должность руководителя федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

С Порядком и сроками проведения аттестации кандидатов на должность руководителя и руководителя образовательной организации, находящейся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 августа 2014 г. № 470н, ознакомлен.

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.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

**СПРАВКА-ПРЕДСТАВЛЕНИЕ**  
**со сведениями о кандидате на должность**  
**руководителя образовательной организации**

1. Фамилия \_\_\_\_\_ .
2. Имя \_\_\_\_\_ .
3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_ .
4. Дата и место рождения \_\_\_\_\_ .
5. Сведения об образовании (наименование образовательной организации <sup>1</sup>, дата окончания, направление подготовки, специальность) \_\_\_\_\_ .
6. Тематика и количество научных трудов \_\_\_\_\_ .
7. Ученая степень (тема диссертации, дата присуждения степени, номер соответствующего документа) \_\_\_\_\_ .
8. Ученое звание (дата присвоения, номер соответствующего документа) \_\_\_\_\_ .
9. Сведения о прохождении повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки (указываются за последние пять лет) \_\_\_\_\_ .
10. Государственные и иные награды, почетные звания, знаки отличия \_\_\_\_\_ .
11. Сведения о привлечении к дисциплинарной, материальной, гражданско-правовой, административной или уголовной ответственности \_\_\_\_\_ .
12. Владение иностранными языками \_\_\_\_\_ .
13. Сведения об участии в выборных органах государственной власти \_\_\_\_\_ .
14. Сведения о работе, в том числе стаж и характер управленческой, а также научно-педагогической деятельности <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ .
15. Представление исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации на \_\_\_\_\_ листах (заполняется при наличии).
16. Представление совета ректоров высших учебных заведений субъекта Российской Федерации на \_\_\_\_\_ листах (заполняется при наличии).
17. Рекомендации структурного подразделения образовательной организации, выдвинувшего кандидатуру (либо указание на самовыдвижение) на \_\_\_\_\_ листах.

Решением ученого совета \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

от “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. кандидата на должность руководителя образовательной организации)

включен в список кандидатов на должность руководителя

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

<sup>1</sup> В случае если образовательная организация переименовывалась, дополнительно указываются новое наименование образовательной организации и год ее переименования.

<sup>2</sup> Сведения приводятся по трудовой книжке с указанием совместительства научно-педагогической деятельности, не отраженного в трудовой книжке.

Председатель ученого совета  
образовательной организации <sup>3</sup>

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Место печати образовательной организации

Ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. кандидата)

---

<sup>3</sup> В случае если заполняется анкета председателя коллегиального органа образовательной организации, ставится подпись его заместителя.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

г. Курск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)

Проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
(индекс, город, улица, дом, квартира)

адрес регистрации \_\_\_\_\_  
(индекс, город, улица, дом, квартира)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю своё согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Оператор) на обработку и включение в общедоступные источники следующих моих персональных данных:

- фамилию, имя, отчество; дату, год и место рождения; гражданство; фото- и видеоизображение; биографические данные; сведения о составе семьи; должность; сведения об образовании (включая название образовательного учреждения, специальность, квалификацию), дату окончания, направление подготовки (специальность), по которой получено образование; учёную степень, учёное звание; тематику и количество научных трудов; сведения о присуждении учёных степеней с указанием тем диссертаций и даты их присуждения; сведения о присвоении учёных званий с указанием даты их присвоения; сведения о прохождении за последние пять лет повышения квалификации, или профессиональной переподготовки, или стажировки, способствующих подготовке к решению задач, стоящих перед ректором вуза; сведения о наградах, почётных званиях, поощрениях; сведения о трудовой деятельности; сведения о привлечении к дисциплинарной, материальной, гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности; сведения о научно-педагогической работе; сведения об общественной работе; сведения о знании иностранных языков; сведения о работе, в том числе стаж и характер управленческой деятельности; список публикаций.

Согласие даётся мной в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия работникам в трудоустройстве, продвижения по службе, обеспечения личной безопасности работников, обеспечения сохранности имущества, информационного обеспечения в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», уставом КГМУ и другими нормативно-правовыми актами.

Я предоставляю Оператору право на обмен, включая приём и передачу моих персональных данных другим Операторам (в том числе государственным органам, органам местного самоуправления, учреждениям и т.д.) в вышеуказанных целях с использованием бумажных и электронных носителей.

**Наименование и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению Оператора (заполняется если обработка будет поручена такому лицу):** \_\_\_\_\_.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даётся согласие, общее описание используемых Оператором способов обработки персональных данных:**

Обработка вышеуказанных биометрических персональных данных будет осуществляться путём: смешанной обработки персональных данных (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение использования, распространение), в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

**Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, способ его отзыва:**

Срок действия настоящего согласия \_\_\_\_\_.

На основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных Оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трёх) рабочих дней, о чём субъекту будет направлено письменное уведомление в течение 10 (десяти) рабочих дней.

Обработка персональных данных прекращается в случае ликвидации или реорганизации федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В порядке, предусмотренном действующим законодательством России, согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путём письменного обращения к Оператору, получающему согласие субъекта персональных данных.

Я согласен с тем, что по моему письменному требованию уведомление об уничтожении персональных данных будет вручено мне (моему представителю) по месту нахождения обособленного подразделения Оператора.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)