Главному врачу

БУ «Ханты-Мансийская клиническая

стоматологическая поликлиника»

В.А. Казаковой

г. Ханты-Мансийск ул. Рознина, д.75

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Заявление

об участии в конкурсном отборе

Прошу рассмотреть мою кандидатуру в целях участия в конкурсном отборе на должность врача – стоматолога

О себе сообщаю следующее:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) |  |
| Дата рождения (дд.мм.гггг) |  |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт: серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения) |  |
| Документ о высшем медицинском образовании (диплом: серия, номер, кем и когда выдан) |  |
| Документ о прохождении интернатуры, ординатуры (серия, номер, кем и когда выдан) |  |
| Сведения о прохождении аккредитации специалиста (сертификат специалиста, свидетельство об аккредитации: серия, номер, кем и когда выдан (при наличии) |  |
| Адрес постоянного места жительства до принятия на работу в медицинскую организацию |  |
| Номера телефонов:рабочего, мобильного  |  |
| Адрес электронный почты |  |

Прилагаю копии документов на \_\_\_\_\_\_стр.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ
«О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных специалистам БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» с целью проведения проверочных мероприятий в отношении достоверности и полноты предоставленных мною сведений, включая сбор, обработку, систематизацию.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись)