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

 (должность и Ф.И.О.

 представителя нанимателя(работодателя)

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

 (Ф.И.О. и адрес кандидата)

Заявление

 Прошу Вас допустить меня к участию в конкурсе на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать наименование конкурса: на замещение должности муниципальной службы или на включение в

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

кадровый резерв для замещения вакантной должности муниципальной службы)

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

(наименование должности)

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

 (наименование органа местного самоуправления)

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

 (подпись)

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

 (дата)

**Согласие на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан

 (серия) (номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

код подразделения \_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(индекс, страна/республика, край, область, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

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

согласен на обработку приведенных в анкете моих персональных данных (Ф.И.О., контактная информация, фотографии, информация об образовании, информация о трудовой деятельности и т.д.)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа местного самоуправления (далее - Оператор)

Я согласен, что мои персональные данные будут ограниченно доступны представителям органов местного самоуправления города Пензы, и использоваться для решения задач подбора, ротации, обучения, развития, формирования кадрового резерва.

Я проинформирован, что под обработкой персональных данных понимаются

действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения Оператором законодательства Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (Ф.И.О.)

**Приложение № 3**

**к приказу Министерства здравоохранения**

**и социального развития РФ**

**от 14 декабря 2009 г. № 984н**

 **Медицинская документация**

 **Учетная форма № 001-ГС/у**

**Заключение
медицинского учреждения о наличии (отсутствии) заболевания,
препятствующего поступлению на государственную гражданскую
службу Российской Федерации и муниципальную службу
или её прохождению**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **от «** |  | **»** |  | **20** |  | **г.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Выдано** |  |
|  | **(наименование и адрес учреждения здравоохранения)** |

**2. Наименование, почтовый адрес государственного органа, органа муниципального образования[[1]](#footnote-2), куда представляется Заключение**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Фамилия, имя, отчество** |  |
|  | **(Ф. И. О. государственного гражданского служащего Российской Федерации, муниципального служащего либо лица, поступающего на государственную гражданскую службу Российской Федерации, муниципальную службу)** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Пол (мужской/ женский)\*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Дата рождения**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Адрес места жительства** |  |

**7. Заключение**

**Выявлено наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации (муниципальную службу) или ее прохождению\*.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Должность врача, выдавшего заключение** |  |  |  |
|  | **(подпись)** |  | **(Ф. И. О.)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Главный врач учреждения здравоохранения** |  |  |  |
| **М.П.** | **(подпись)** |  | **(Ф. И. О.)** |

1. Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-2)