В Министерство здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(адрес регистрации, тел. заявителя)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о включении в Молодёжный совет

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

(фамилия, имя, отчество)

прошу включить меня в состав Молодёжного совета при Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

В случае согласования моей кандидатуры подтверждаю соответствие требованиям, предъявляемым к члену Молодёжного совета Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, выражаю свое согласие войти в состав Молодёжного совета.

К заявлению прилагаю (нужное подчеркнуть):

1) анкету кандидата в Молодёжный совет;

2) согласие на обработку персональных данных;

3) решение о выдвижении кандидата в члены Молодёжного совета/копию письма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование должности руководителя организации)

содержащего предложение о выдвижении кандидата в члены Молодёжного совета.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

АНКЕТА

кандидата в Молодёжный совет при

Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Сведения о кандидате | Графа для заполнения |
| 1 | Фамилия, имя, отчество |  |
| 2 | Место работы/учёбы, должность |  |
| 3 | Дата рождения |  |
| 4 | Место жительства |  |
| 5 | Контактный телефон |  |
| 6 | E-mail (при наличии) |  |
| 7 | Уровень образования, наименование учебного заведения |  |
| 8 | Наличие ученого звания, ученой степени (при наличии) |  |
| 9 | Общественная деятельность |  |
| 10 | Наличие (отсутствие) неснятой или непогашенной судимости |  |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

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

(серия, номер паспорта, дата и орган его выдавший)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в порядке и на условиях, определенных Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 апреля 2010 года № 53-З-IV «О персональных данных» (САЗ 10-15), выражаю Министерству здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, расположенному по адресу: г. Тирасполь, пер. Днестровский, 3 (далее - оператор), согласие на обработку моих персональных данных, указанных в анкете кандидата в Молодёжный совет при Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики: фамилия, имя, отчество, дата рождения, уровень образования, наименование учебного заведения, ученое звание, ученая степень, должность, место работы, место жительства, телефон, адрес электронной почты, серия и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения о судимости (при наличии).

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь сообщать об этом оператору в десятидневный срок.

Срок действия настоящего согласия ограничен сроком полномочий Молодёжного совета.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных.

Я ознакомлен(а) с правами субъекта персональных данных, предусмотренными Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 апреля 2010 года № 53-З-IV «О персональных данных» (САЗ 10-15).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи