|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю РОО «Национальный центр независимой экзаменации» Жангереевой Г.Т. от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (специальность) |

**Заявление**

      Прошу Вас разрешить мне пройти оценку профессиональной подготовленности для сертификации специалистов в области здравоохранения по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и уровня квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(нужное вписать) присвоение/подтверждение (нужное подчеркнуть).

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных ограниченного доступа, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах, необходимых для прохождения профессиональной подготовленности для сертификации специалистов в области здравоохранения в соответствии с пунктом 4 статьи 8 Закона Республики Казахстан "О персональных данных и их защите".

|  |  |
| --- | --- |
|  | Дата Подпись кандидата |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Жангерееваға Г.Т.  Ұлттық тәуелсіз емтихан орталығы  Басшысына \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дан (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (мамандық) |

**Өтініш**

      Маған денсаулық сақтау саласындағы мамандарды сертификаттау үшін

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

мамандығы бойынша кәсіби даярлықты бағалаудан және

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ біліктілік деңгейінен өтуге тағайындау/растау (керегінің астын сызу) рұқсат беруіңізді сұраймын.

      "Дербес деректер және оларды қорғау туралы" Қазақстан Республикасы Заңының 8-бабының 4-тармағына сәйкес денсаулық сақтау саласындағы мамандарды сертификаттау үшін кәсіби даярлықтан өту үшін қажетті ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын менің қол жетімділігі шектеулі дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Дата Кандидаттың қолы |