Приложение № 1

В Общественную палату

 Мурманской области

(*Наименование общественного объединения)* выдвигает кандидата *(Ф.И.О., дата рождения,)* в список резерва в общественный совет по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями.

Подтверждаю, что *(Ф.И.О. кандидата)* соответствует всем требованиям, предъявляемым к кандидатам в список резерва в общественный совет по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, а также сообщаю об отсутствии ограничений для вхождения *(Ф.И.О. кандидата)* в список резерва в общественный совет по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями.

Приложение: устав организации на \_\_\_ л.

 биографическая справка на \_\_\_\_ л.

Подпись полномочного лица организации, дата, печать (при наличии).

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

Приложение № 2

БИОГРАФИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Фотография

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения | Место рождения |
| Гражданство |  |
| Образование | Окончил (когда, что) с указанием специальности по образованию |
| Ученая степень (при наличии) | Ученое звание (при наличии) |
| Какими иностранными языками владеет |  |
| Семейное положение |  |
| Домашний адрес и контактные телефоны:Адрес регистрации по паспорту:Адрес фактический:Контактные телефоны: |  |

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(за последние 10 лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата поступлениямесяц/год | Дата увольнениямесяц/год | Место работы (наименование организации), должность | Примечание |
|  |  |  | (указывается опыт руководства коллективом, основные достижения, полученные навыки и т.д. - на усмотрение кандидата) |

ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(за последние 10 лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата начала осуществлениямесяц/год | Дата окончания осуществлениямесяц/год | Наименование организации, занимаемая должность | Примечание |
|  |  |  | (указываются основные направления деятельности, результат и т.д. - на усмотрение кандидата) |

Краткое эссе на тему «Почему я должен войти в состав общественного совета по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями»

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

 дата Фамилия И.О. подпись

Приложение № 3

СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Даю свое согласие Общественной палате Мурманской области на:

1.1. Обработку моих следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;

- дата рождения;

- место рождения;

- паспортные данные;

- гражданство;

- информации об образовании (оконченные учебные заведения, специальность(и) по образованию, ученая степень, ученое звание);

- владение иностранными языками;

- семейное положение;

- контактная информация (адрес регистрации, адрес фактического проживания, контактные телефоны);

- фотографии;

- информации о трудовой деятельности;

- информации об общественной деятельности.

1.2. Размещение моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, информация об образовании, трудовой и общественной деятельности, на сайте в сети Интернет.

2. Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ, конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения законодательства Российской Федерации.

3. Войти в состав общественного совета по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями на общественных началах согласен(на).

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

 дата Фамилия И.О. подпись

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