В Федеральную службу по надзору

в сфере здравоохранения

(территориальный орган

Федеральной службы

по надзору в сфере здравоохранения)

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

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

заявителя, дата рождения)

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

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

(адрес места жительства с указанием индекса, телефон,

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

адрес электронной почты (при наличии))

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

(реквизиты документа, удостоверяющего

личность заявителя)

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

(идентификационный номер налогоплательщика (ИНН))

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

(основное место работы, замещаемая должность)

**Заявление**

**об аттестации эксперта, привлекаемого Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (территориальными органами) к осуществлению экспертизы в целях федерального государственного контроля (надзора)**

1. Прошу аттестовать меня в качестве эксперта, привлекаемого Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (территориальными органами) к осуществлению экспертизы в целях федерального государственного контроля (надзора)

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

(заявленная область экспертизы, вид государственного контроля (надзора)

2. В качестве индивидуального предпринимателя не зарегистрирован.

3. Даю согласие на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, в целях и объеме, необходимых для проведения аттестации, ведения Реестра экспертов, привлекаемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения) к осуществлению экспертизы в целях федерального государственного контроля (надзора) и опубликования моих персональных данных в Реестре.

Данное согласие действует со дня подписания мною согласия на обработку моих персональных данных до дня его отзыва в письменной форме путем направления в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения соответствующего заявления непосредственно мною или заказным почтовым отправлением, либо в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, через информационно-телекоммуникационные сети общего доступа, включая сеть «Интернет», по адресу электронной почты.

4. Информацию об аттестации (об отказе в аттестации) прошу направить:

на бумажном носителе по адресу места жительства, указанному в настоящем заявлении;

в форме электронного документа на адрес электронной почты, указанный в настоящем заявлении.

(нужное подчеркнуть)

Приложения:

1. Копия документа о высшем образовании по специальности и удостоверения о повышении квалификации по заявленной области экспертизы на \_\_\_\_л.;

2. Копия трудовой книжки или иного документа, подтверждающего стаж работы за весь период трудовой деятельности на \_\_\_л.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия, инициалы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата составления заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_