

В областную аттестационную комиссию  
управления образования и науки  
Тамбовской области

\_\_\_\_\_  
(ФИО педагогического работника)

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(наименование организации – работодателя)

\_\_\_\_\_  
(муниципальное образование)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

1. Прошу в 20 \_\_\_\_ году провести аттестацию в целях установления  
\_\_\_\_\_ квалификационной категории,  
(первой, высшей)

по должности \_\_\_\_\_

2. Сообщаю о себе следующие сведения:

Образование \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(когда и какую образовательную организацию окончил(а), квалификация и специальность по диплому,  
ученая степень, ученое звание)

Стаж педагогической работы \_\_\_\_\_ лет, в данной должности \_\_\_\_\_ лет,

стаж работы в данной организации \_\_\_\_\_ лет

Сведения о прохождении последней аттестации на квалификационную категорию

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(решение аттестационной комиссии, дата аттестации, дата и номер распорядительного акта органа, проводившего аттестацию)

Сведения о прохождении последней аттестации на соответствие занимаемой должности

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(решение аттестационной комиссии, дата аттестации, дата и номер распорядительного акта органа, проводившего аттестацию)

Наличие наград \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(название ведомственной или государственной награды, год награждения)

Сведения о повышении квалификации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(название курсов, место прохождения, дата окончания)

3. Основанием для аттестации на указанную в заявлении квалификационную категорию считаю следующие результаты работы:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Считаю наиболее приемлемым прохождение II этапа комплексной экспертизы в форме \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Отношусь к педагогическим работникам с ограниченными возможностями здоровья:

Да

Нет

(Документ, подтверждающий ограниченные возможности здоровья педагогического работника)

6.\* Форма прохождения первого и/или второго этапа комплексной экспертизы (отметить не менее двух):

учебное занятие;

внеурочное мероприятие;

бланочное тестирование;

компьютерное тестирование;

иное \_\_\_\_\_

7.\* Место проведения \_\_\_\_\_ этапа/ов комплексной экспертизы:  
(первого и/или второго)

ТОГКУ «Центр экспертизы образовательной деятельности»;  
по месту работы педагогического работника

\* - для педагогических работников с ограниченными возможностями здоровья

С порядком проведения аттестации педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 07 апреля 2014 г. № 276 ознакомлен (а).

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
расшифровка подписи

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

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я,

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ Г.,

адрес регистрации \_\_\_\_\_,

адрес фактического проживания \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ , настоящим даю согласие областной аттестационной комиссии (г.Тамбов, ул.Советская, д.108), управлению образования и науки Тамбовской области (г.Тамбов, ул.Советская, д.108), Тамбовскому областному государственному казенному учреждению «Центр экспертизы образовательной деятельности» (г.Тамбов, ул. Лаврова, д. 9), являющимся операторами, на обработку моих персональных данных, а именно:

фамилии, имени, отчества, в том числе имевшиеся ранее, даты, месяца и года рождения, адреса регистрации и фактического проживания, паспортных данных, номеров телефонов, адресов моей электронной почты, сведений из документов об образовании, уровне квалификации, сведений о трудовом и педагогическом стаже, о месте работы, о занимаемой должности, о награждениях, результатах прохождения аттестации, сведений из документов, подтверждающих повышение квалификации в межаттестационный период, подтверждающих отнесение педагогического работника к лицам с ограниченными возможностями здоровья.

Даю согласие на обработку моих биометрических персональных данных, а именно моего изображения на моей фотографии.

Даю согласие на признание общедоступными моих персональных данных, а именно: фамилии, имени, отчества, должности, места работы, установленной мне квалификационной категории.

Целью обработки является исполнение административных процедур, предусмотренных административным регламентом предоставления государственной услуги «проведение аттестации педагогических работников в целях установления квалификационной категории».

Обработка моих персональных данных включает в себя совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе

1. размещение в сети Интернет на официальных сайтах управления образования и науки Тамбовской области, Тамбовского областного государственного казенного учреждения «Центр экспертизы образовательной деятельности».

2. передачу персональных данных третьим лицам при необходимости, в том числе посредством электронной почты.

Обработка персональных данных может быть как автоматизированная, так и без использования средств автоматизации.

Настоящее согласие дано без ограничения срока его действия.

Настоящее согласие дано с целью обеспечения моих прав и свобод, в том числе и защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну.

Отзыв настоящего согласия осуществляется путем предоставления мною письменного заявления операторам обработки моих персональных данных.

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

телефон домашний \_\_\_\_\_

телефон мобильный \_\_\_\_\_

телефон рабочий \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_