

В Правление АСМР УО  
от Совета по сестринскому делу  
ГУЗ

«\_\_\_\_\_»

**Выписка из Протокола  
заседания Совета по сестринскому делу  
от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г № \_\_\_\_\_**

Совет по сестринскому делу ГУЗ «\_\_\_\_\_» ходатайствует: о награждении  
\_\_\_\_\_ (указать вид награды в соответствии с Положением) в  
честь Международного Дня медицинской сестры:

Фамилия, имя, отчество полностью	Отделение и должность полностью	Год вступления в Ассоциацию

Председатель Совета  
Главная медицинская сестра

\_\_\_\_\_

*Подпись*

/ \_\_\_\_\_ /  
*ФИО*

Секретарь Совета

\_\_\_\_\_

*Подпись*

/ \_\_\_\_\_ /  
*ФИО*

*Примечание. К ходатайству прилагаются документы:  
оригинал согласия на обработку персональных данных;  
расчетный счет для перечисления денежной премии.  
фотография*

## Наградной лист

Для представления к награждению \_\_\_\_\_  
 (указать вид награды Ассоциации средних медицинских работников Ульяновской области)

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
 имя \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_

2. Должность, место работы \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_  
 (число, месяц, год)

4. Образование \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (наименование учебного заведения, год окончания, специальность: базовое, ВСО, бакалавриат, магистратура)

5. Сертификат \_\_\_\_\_  
 (год, специальность)

6. Квалификационная категория \_\_\_\_\_  
 (год присвоения)

7. Какими наградами награжден \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (указать год, наименование, кем выдана все виды наград: МО, ведомственные и т.д.)

8. Домашний адрес \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. Общий стаж работы \_\_\_\_\_

10. Стаж работы в здравоохранении \_\_\_\_\_

11. Стаж работы в организации \_\_\_\_\_

12. Стаж работы в должности \_\_\_\_\_

13. Членство в АСМР УО (год вступления) \_\_\_\_\_

14. Характеристика с указанием конкретных заслуг в профессионально-общественной деятельности, представляемого к награждению

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

15. Кандидатура рекомендована \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Дата, номер Протокола заседания Совета по Сестринскому делу МО)

Главный врач \_\_\_\_\_  
 (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО)

М.П. “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Согласие**

**на обработку персональных данных работников, разрешенных для распространения.**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных

Я \_\_\_\_\_

2. Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес субъекта персональных данных)

3. Сведения об операторе.

**Ассоциация средних медицинских работников Ульяновской области.** Юридический адрес Оператора: 432063 г. Ульяновск, ул. Корюкина, 28.

4. Сведения об информационных ресурсах:

5. Цель обработки ПДн: размещение сведений о специалистах на сайте АСМР УО и в официальных группах социальных сетей.

6. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю мое согласие на обработку своих персональных данных Оператором, включающих: фамилия, имя, отчество (при наличии); фотография; занимаемая должность; сведения из документа об образовании (уровень образования, организация выдавшая документ, год выдачи, специальность, квалификация); сведения из сертификата (аккредитации) специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия).

7. Категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов.

«Передача персональных данных оператором неограниченному кругу лиц»

- **не запрещено**
- запрещено

«Обработка персональных данных неограниченным кругом лиц»

- **не запрещено**
- запрещено
- не запрещено, с условиями: «Запрещаемые действия по обработке ПД»: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление), обезличивание, блокирование.

8. Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (заполняется по желанию субъекта)

- **не указано**
- только по внутренней сети (полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников)
- с использованием информационно-телекоммуникационных сетей (полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, с использованием информационно-телекоммуникационных сетей)
- без передачи по сети (полученные персональные данные не могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных)
- 9. Срок действия согласия. На период членства в АСМР УО. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата