Ректору ФГБОУ ВО

Оренбургский

Государственный

медицинский университет

 И.В.Мирошниченко

Профессора/доцента кафедры

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу рассмотреть мои документы по аттестации в ученом звании профессора/доцента по научной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (шифр и наименование научной специальности )

К заявлению прилагаю документы, согласно перечню.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. соискателя ученого звания)

|  |  |
| --- | --- |
| Согласен (а) на обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, №31, ст. 3451): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| С Положением о присвоении ученых званий, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2013 г. N 1139 ознакомлен (а): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| С ответственностью за достоверность сведений, указанных в заявлении и за подлинность предоставленных документов ознакомлен (а): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |

Дата, подпись