

ДО
УПРАВИТЕЛЯ НА
„ИППМП – Д-Р ПЕНКОВА“ ЕООД
ГР. СЛИВЕН

З А Я В Л Е Н И Е

Долуподписаният/та/.....
(*собствено, бащино, фамилно име*), притежаващ/а/ лична карта №
издадена от на г., ЕГН
живуш/а/ на адрес:.....
тел....., e-mail:

УВАЖАЕМА Д-Р ПЕНКОВА,

Желая да участвам в обявения на основание Заповед № РД-19-5/09. 08.
2024 г. на Министъра на здравеопазването и на основание чл.90 и 91 от КТ, във
връзка с чл.11 т.1, чл.17, ал.3 и ал. 5 и чл.47б от Наредба № 1/22.01.2015 г. на МЗ за
придобиване на специалност в системата на здравеопазването **КОНКУРС** за
лекари специализанти на места финансирани от държавата, при „ИППМП – Д-Р
ПЕНКОВА” ЕООД за:

.....
/наименование на специалността, за която се участва/

ЛИЧНА ИНФОРМАЦИЯ

| | |
|-------------------------------|--|
| Трите имена на кандидата | |
| Дата на раждане | |
| Място на раждане | |
| Адрес | |
| Телефон за контакти E-mail | |

ОБРАЗОВАНИЕ И КВАЛИФИКАЦИЯ

Вид и степен на завършено висше образование

| Наименование на висшето училище | Образователно-квалификационна степен | Специалност |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Допълнителна квалификация

| Тема/наименование на квалификационната програма и курс | Период и място на провеждане | Получени дипломи, сертификати и удостоверения |
|--|------------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Забележка. Тук се посочват квалификационни програми и курсове, които не са съпроводени с придобиване на образователно-квалификационна степен.

ПРОФЕСИОНАЛЕН ОПИТ

Посочете всички организации, в които сте работили, като започнете с последната, в която работите или сте били на работа. Посочват се дейности по трудови/служебни правоотношения, като свободна професия и/или самонаето лице.

| Организации, в или за които сте работили | Период и вид на правоотношението /трудов или граждански договор/ | Наименование на заеманите длъжности | Основни дейности и отговорности |
|--|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Прилагам необходимите документи, доказващи съответствието с изискванията за участие в конкурса:

1. Заявление по образец за участие в конкурса
2. CV – BG – европейски формат/по образец/
3. Копие от диплома за завършено висше медицински образование – магистър по медицина /Академична справка/
4. Свидетелство за съдимост
5. Медицинско свидетелство за работа
6. Копие от други документи, удостоверяващи професионалната квалификация на кандидата, ако има такива.
7. Удостоверение от БЛС
8. Други/*ако кандидатът желае да представи*/.....

/Посочва се номер на представения документ или други данни за индивидуализирането му/.

Запознат/а съм с условията за участие в процедурата, посочени в обявлението за провеждането ѝ.

Подпис:

Дата:

Информация за обработване на лични данни за целите на провеждане на конкурса, съгласно чл. 13 от Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г. относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/ЕО (Общ регламент относно защитата на данните)

1. Предоставените лични данни на администратора на лични данни Министерство на здравеопазването, са необходими за провеждане на конкурс за избор на на „ИППМП – Д-Р ПЕНКОВА“ ЕООД, гр. Сливен

2. При непредоставяне на горепосочените лични данни не могат да бъдат изпълнени посочените законови изисквания за участие в конкурса;
3. Администраторът не извършва други действия на обработка по отношение на лични данни, освен за целите на конкурса.
4. Срокът за съхранение на предоставените лични данни е съгласно действащата нормативна уредба.
5. Участниците в конкурсната процедура имат право да изискват от администратора заличаване и коригиране на личните данни, обработването на които не отговаря на изискванията на Закона за защита на личните данни, които права могат да упражнят чрез отправяне на писмено изявление до администратора, включително изпратено по електронен път.

Запознах се с представената информация.

6. Доброволно и информирано декларирам своето съгласие Министерство на здравеопазването да обработва личните ми данни, във връзка с участието в конкурс за избор нана **„ИППМП – Д-Р ПЕНКОВА“ ЕООД, гр. Сливен**

Подпис:

Дата:

.....

/име, презиме и фамилия, написани собственоръчно/