



ПРАВИТЕЛЬСТВО ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 24.05.2016 г. № 253-П
Челябинск

О внесении изменений в постановление Правительства Челябинской области от 19.09.2013 г. № 316-П

Правительство Челябинской области ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в Административный регламент предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками», утвержденный постановлением Правительства Челябинской области от 19.09.2013 г. № 316-П «Об Административном регламенте предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками» (Южноуральская панорама, 30 сентября 2013 г., № 147, спецвыпуск № 34; 14 июня 2014 г., № 87, спецвыпуск № 24; Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 18 декабря 2015 г.), следующие изменения:

1) в абзаце третьем пункта 3 раздела I цифры «8 (351) 263-36-82» заменить словами «8 (351) 240-22-22 (добавочный 330)»;

2) в разделе II:

в абзаце четвертом пункта 6 цифры «8 (351) 263-36-82» заменить словами «8 (351) 240-22-22 (добавочный 330)»;

в пункте 9:

подпункт 5 изложить в следующей редакции:

«5) приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»»;

дополнить подпунктом 10 следующего содержания:

«10) приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2016 г. № 83н «Об утверждении Квалификационных требований

к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием».);

3) в разделе V:

в абзаце втором пункта 30 цифры «8 (351) 263-36-82; 8 (351) 263-58-73» заменить словами «8 (351) 240-22-22 (добавочные 330, 327)»;

в пункте 32:

в абзаце пятом слова «по телефонам/факсам: 8 (351) 266-70-02, 263-31-02» заменить словами «по телефону/факсу: 8 (351) 240-22-22 (добавочный 143)»;

в абзаце седьмом цифры «8 (351) 263-52-62, 8 (351) 263-49-00» заменить словами «8 (351) 240-22-22 (добавочные 101, 110)»;

4) приложения 1, 2 к указанному Административному регламенту изложить в новой редакции (прилагаются).

2. Настоящее постановление подлежит официальному опубликованию.

Председатель
Правительства Челябинской области



Б.А. Дубровский

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
«Получение квалификационных
категорий медицинскими работниками
и фармацевтическими работниками»
(в редакции постановления Правительства
Челябинской области
от 24.05. 2016 г. № 253-п)

Председателю областной
аттестационной комиссии
при Министерстве здравоохранения
Челябинской области специалистов
с высшим профессиональным
образованием

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

_____ (место работы)

_____ (должность)

_____ (номер, дата выдачи и орган выдавший документ, удостоверяющий личность заявителя)

Заявление

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную
(указать)

категорию по специальности _____.

Ранее (не) аттестован(а), имею _____

квалификационную категорию, присвоенную _____

(когда, кем, дата и номер приказа)

_____ Стаж работы по аттестуемой специальности _____.

С Административным регламентом предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками» ознакомлен(а).

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

Даю согласие на:

обработку персональных данных, необходимых для предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками» в соответствии с Административным регламентом предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками»;

совершение в установленном порядке всех необходимых действий, а именно сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение моих персональных данных в целях, предусмотренных Административным регламентом предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками».

Согласие на обработку персональных данных действительно с момента подписания настоящего заявления до окончания срока действия присвоенной квалификационной категории.

Отзыв настоящего согласия осуществляется путем моего письменного обращения в областную аттестационную комиссию при Министерстве здравоохранения Челябинской области специалистов с высшим профессиональным образованием.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
«Получение квалификационных
категорий медицинскими работниками
и фармацевтическими работниками»
(в редакции постановления Правительства
Челябинской области
от 24.05. 2016 г. № 253-П)

Председателю областной
аттестационной комиссии
при Министерстве здравоохранения
Челябинской области специалистов
со средним профессиональным
образованием

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

_____ (место работы)

_____ (должность)

_____ (номер, дата выдачи и орган выдавший документ, удостоверяющий личность заявителя)

Заявление

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную
(указать)

категорию по специальности _____.

Ранее (не) аттестован(а), имею _____

квалификационную категорию, присвоенную _____

(когда, кем, дата и номер приказа)

_____ Стаж работы по аттестуемой специальности _____.

С Административным регламентом предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками» ознакомлен(а).

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

Даю согласие на:

обработку персональных данных, необходимых для предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками» в соответствии с Административным регламентом предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками»;

совершение в установленном порядке всех необходимых действий, а именно сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение моих персональных данных в целях, предусмотренных Административным регламентом предоставления государственной услуги «Получение квалификационных категорий медицинскими работниками и фармацевтическими работниками».

Согласие на обработку персональных данных действительно с момента подписания настоящего заявления до окончания срока действия присвоенной квалификационной категории.

Отзыв настоящего согласия осуществляется путем моего письменного обращения в областную аттестационную комиссию при Министерстве здравоохранения Челябинской области специалистов со средним профессиональным образованием.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)