Приложение 3

*Примерная форма заявления на участие в конкурсе на замещение должности ГНС, МНС*

 Директору

 ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии»

 ФМБА России

 чл.-корр. РАН, профессору

 М.Р. Хаитову

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

 ФИО (полностью) участника конкурса

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

 Дата рождения

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

 место работы

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

 должность

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

контактная информация (телефон, E-mail)

**Заявление**

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на замещение должности главного (младшего) научного сотрудника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отдела, лаборатории ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.

С Положением о порядке проведения конкурса на замещение должностей научных работников, Квалификационными требованиями по должностям работников науки, Положением о конкурсной комиссии ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России и другой конкурсной документацией ознакомлен (а).

Даю Федеральному государственному бюджетному учреждению «Государственный научный центр «Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства (ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России), находящемуся по адресу 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных.

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № пп | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Список научных трудов |  |
| 2. | Копия диплома об образовании |  |
| 3. | Копия трудовой книжки |  |
| 4. | Копия диплома о присуждении ученой степени, ученого звания |  |
| 5. | Копия дипломов, сертификатов о дополнительном профессиональном образовании (расшивровать по пунктам) |  |
| 6. | Медицинская справка: |  |
|  |  |  |

Дата Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принял перечисленные документы Подпись Секретаря комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_