|  |
| --- |
| В муниципальную аттестационную комиссию управления образования администрации г. Белгородаот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)кандидата на должность руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, место работы с указанием территории) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу провести процедуру аттестации в целях подтверждения соответствия должности руководителя образовательной организации
"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года.

 С Положением о порядке и сроках проведения аттестации руководителей и кандидатов на должности руководителей муниципальных образовательных организаций г. Белгорода и инструкцией о порядке проведения квалификационных испытаний в форме тестирования ознакомлен(а).

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

 (подпись)

 Даю согласие на обработку моих персональных данных, которые будут использоваться при проведении процедуры тестирования.

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

 (подпись)

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.

 Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_