|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1 к Положению о краевом конкурсе «Учитель здоровья России – 2017» |
|  | В Оргкомитеткраевого конкурса«Учитель здоровья России – 2017» |

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

*(Ф.И.О. в родительном падеже)*

учителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование учебного предмета)*

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

*(наименование ОО)*

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

*(наименование МО)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(e-mail): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу допустить меня к участию в региональном этапе краевого конкурса «Учитель здоровья России – 2017».

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Начальник отдела общего образования

в управлении общего образования О.А. Лозовая

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2 к Положению о краевом конкурсе «Учитель здоровья России – 2017» |
|  | В Оргкомитеткраевого конкурса«Учитель здоровья России – 2017» |

Представление Заявителя на участника

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

*(полное наименование Заявителя)*

выдвигает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество участника конкурса)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(занимаемая должность и место работы участника конкурса)*

*победителя*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(наименование муниципального этапа конкурса)*

*на участие в краевом конкурсе «Учитель здоровья России – 2017».*

*Характеристика участника конкурса (с указанием даты рождения; образования; основных результатов деятельности учителя за последние 2 года; кратких сведений об участии в здоровьесберегающей образовательной деятельности).*

*Руководитель МОУО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Ф.И.О.) (подпись)*

*М.П.*

*конкурс*

Начальник отдела общего образования

в управлении общего образования О.А. Лозовая

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 3 к Положению о краевом конкурсе «Учитель здоровья России – 2017» |
|  | В Оргкомитеткраевого конкурса«Учитель здоровья России – 2017» |

**Заявление**

**о согласии на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью)

в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ГБОУ ИРО Краснодарского края (далее – Институт) осуществлять обработку своих персональных данных на следующих условиях:

Обработка своих персональных данных Институтом включает: обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Использование персональных данных производится в целях функционирования информационной системы обеспечения и мониторинга учебного процесса, научно-методической, финансово-хозяйственной деятельности Оператора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

К сведениям, на обработку Оператором которых Субъект дает свое согласие, относятся: фамилия, имя, отчество; дата, месяц, год и место рождения; сведения о гражданстве; паспортные данные; адрес по прописке; адрес фактического места проживания; сведения об образовании; сведения о специальности по диплому; сведения о форме обучения; сведения об образовательной программе обучения и сроков обучения по ней; сведения о месте работы и занимаемой должности, педагогическом стаже, званию, ученой степени; контактная информация и т.п.

Обработка персональных данных производится оператором любым способом, включая использование средств вычислительной техники.

Настоящее согласие действует в течение срока хранения документов, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью) (подпись)

Начальник отдела общего образования

в управлении общего образования О.А. Лозовая

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 4 к Положению о краевом конкурсе «Учитель здоровья России – 2017» |
|  | В Оргкомитеткраевого конкурса«Учитель здоровья России – 2017» |

|  |
| --- |
| фотопортрет4x6 см. |

**Информационная карта**

**участника краевого конкурса**

**«Учитель здоровья России – 2017»**

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

(фамилия)

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

(имя, отчество)

|  |
| --- |
| 1. Общие сведения
 |
| Муниципальное образование  |  |
| Населенный пункт  |  |
| Дата рождения (день, месяц, год) |  |
| Место рождения  |  |
| Адрес личного сайта, страницы на сайте образовательного учреждения, блога и т. д., где можно познакомиться с участником и публикуемыми им материалами |  |
| Адрес школьного сайта в Интернете |  |
| 2. Работа |
| Место работы (наименование образовательного учреждения в соответствии с уставом)  |  |
| Занимаемая должность  |  |
| Преподаваемые предметы  |  |
| Классное руководство в настоящеевремя, в каком классе  |  |
| Общий трудовой педагогический стаж (полных лет на момент заполнения анкеты)  |  |
| Квалификационная категория  |  |
| Почетные звания и награды (наименования и даты получения)  |  |
| 3. Образование |
| Название и год окончания учреждения профессионального образования  |  |
| Специальность, квалификация по диплому  |  |
| 4. Общественная деятельность |
| Участие в общественных организациях (наименование, направление деятельности и дата вступления) |  |

Правильность сведений, представленных в информационной карте,

подтверждаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (фамилия, имя, отчество участника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Начальник отдела общего образования

в управлении общего образования О.А. Лозовая