Приложение 2

к Положению о

региональном этапе

XI Всероссийского конкурса

«Учитель здоровья России - 2020»

Оператору регионального этапа

XI Всероссийского конкурса «Учитель здоровья России - 2020»

**Представление педагогического работника к участию в конкурсе**

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

*(полное наименование образовательной организации, ее местонахождение)*

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

*(фамилия, имя, отчество участника конкурса (последнее – при наличии))*

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

*(занимаемая должность и место работы участника конкурса)*

на участие в региональном этапе XI Всероссийского конкурса «Учитель здоровья России - 2020».

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

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*фамилия, имя, отчество участника конкурса (последнее – при наличии))*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ год

М.П.

Приложение 3

к Положению о

региональном этапе

XI Всероссийского конкурса «Учитель здоровья России - 2020»

Оператору регионального этапа

XI Всероссийского конкурса

«Учитель здоровья России - 2020»

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

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

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

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

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

(от Ф.И.О. (отчество - при наличии),

участника конкурса с указанием должности

и наименования образовательной организации)

Заявление

Прошу принять документы для участия в региональном этапе xi Всероссийского конкурса «Учитель здоровья России - 2020».

Даю свое согласие на автоматизированную, а также без  
использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных [пунктом 3 части 1 статьи 3](consultantplus://offline/ref=554F840D25F6177300814130515DC63DD1D123584B5C6F0B8624A31A838C20CA7D63272801F0F697x7Z1K) Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», указанных в документах, для проверки достоверности представленной мной информации.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О. (отчество – при наличии))

Приложение 4

к Положению о региональном этапе

XI Всероссийского конкурса

«Учитель здоровья России - 2020»

**Информационная карта**

**участника регионального этапа XI Всероссийского конкурса**

**«Учитель здоровья России - 2020»**

1.Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

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

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Место работы (полное наименование в соответствии с уставом)

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

4. Занимая должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Образование (название и год окончания вуза (и факультета) или среднего учебного заведения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.Педагогический стаж (полных лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.Квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Звания, награды, премии, научные степени (укажите название и год получения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Публикации в периодических изданиях, книги, брошюры и т.д. (укажите библиографические данные) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Контакты: рабочий телефон, домашний телефон, мобильный телефон, факс, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.Рабочий адрес (с индексом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Домашний адрес (с индексом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

13. Ф.И.О. (отчество – при наличии) директора образовательной организации (полностью), e-mail:

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

Подтверждаю свое согласие на участие в региональном этапе XI Всероссийского конкурса «Учитель здоровья России - 2020».

Подтверждаю правильность изложенной в информационной карте информации.

Даю разрешение на внесение информации в базу данных и использование заявки в некоммерческих целях для размещения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», буклетах и периодических изданиях с возможностью редакторской обработки.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20­­\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О. (отчество – при наличии))