

**Уведомление о начале конкурсной процедуры на включение в состав
Совета общественных организаций по защите прав пациентов
при Министерстве здравоохранения Челябинской области**

г. Челябинск
ул. Кирова, 165

Министерство здравоохранения Челябинской области объявляет о начале конкурсной процедуры на включение в состав Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Челябинской области.

В соответствии с пунктами 19 – 21 Положения о Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Челябинской области, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 28.05.2018 г. № 1060 «О Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Челябинской области» (далее именуются соответственно – Положение, Совет), устанавливаются следующие требования к кандидатам:

а) соответствие компетенции кандидата задачам Совета (подтверждается рекомендательными письмами, в том числе главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Челябинской области, организаций по защите прав граждан в сфере охраны здоровья и здравоохранения (не менее трех));

б) соответствие программы личной активности кандидата задачам Совета (подтверждается согласием кандидата войти в состав Совета с указанием общественных интересов и целей работы в Совете);

в) согласие кандидата на представление сведений о себе (биографическая справка и фотография) для размещения на официальном сайте Министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

г) согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Членом Совета может стать гражданин Российской Федерации:

а) достигший возраста не менее 21 года;

б) имеющий опыт работы по защите прав граждан в сфере охраны здоровья не менее одного года;

в) не имеющий конфликта интересов, связанного с осуществлением деятельности Министерства.

Не могут быть выдвинуты в качестве кандидатур в члены Совета:

лица, которые в соответствии с Федеральным законом от 4 апреля 2005 г. № 32-ФЗ «Об Общественной палате Российской Федерации» не могут быть членами Общественной палаты Российской Федерации;

лица, назначаемые на должности государственной гражданской службы.

В соответствии с пунктом 26 Положения организации направляют в Министерство здравоохранения Челябинской области:

а) заявление кандидата на имя Министра здравоохранения Челябинской области о согласии принять участие в работе Совета (заполняется собственноручно, предоставляется в оригинале);

б) согласие на обработку персональных данных по форме согласно приложению к настоящему уведомлению (заполняется собственноручно, предоставляется в оригинале);

в) биографическую справку с указанием сведений о трудовой, общественной деятельности, декларации отсутствия конфликта интересов, иных личных сведений (заполняется собственноручно, предоставляется в оригинале);

г) документы, удостоверяющие личность кандидата;

д) представление - информационное письмо Организации, выдвигающей кандидата, адресованное в Министерство здравоохранения Челябинской области (представляется в оригинале), содержащее:

полное наименование юридического лица;

идентификационный номер налогоплательщика, основной государственный регистрационный номер юридического лица;

выписку из устава юридического лица о его целях и задачах;

описание деятельности Организации, перечень реализованных и реализуемых проектов;

актуальные сведения о количестве членов, участников, волонтерах и сотрудниках Организации;

актуальные сведения об имеющихся у Организации отделениях, филиалах и представительствах;

фамилию, имя, отчество выдвигаемого кандидата.

Документы о выдвижении кандидатов в члены Совета принимаются Министерством здравоохранения Челябинской области по адресу: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165; адрес электронной почты: info@minzdrav.gov74.ru

Срок подачи документов: с 17.06.2026 г. до 17.07.2026 г.

Контактные лица:

Устюжанина Наталья Валерьевна, начальник управления организационного и документационного обеспечения Министерства здравоохранения Челябинской области (телефон: 8 (351) 240-22-22 (доб. 138);

Шамин Александр Сергеевич, начальник управления организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Челябинской области (телефон: 8 (351) 240-22-22 (доб. 154).

Заместитель Министра здравоохранения
Челябинской области

Н.В. Верзакова

Приложение к Уведомлению о начале
конкурсной процедуры на включение
в состав Совета общественных
организаций
по защите прав пациентов
при Министерстве здравоохранения
Челябинской области

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, (фамилия) _____
(имя) _____
(отчество) _____
Дата рождения (число) _____ (месяц) _____ (год) _____
Паспорт серия _____ номер _____ когда _____
кем выдан _____
Место регистрации
Индекс _____ Область _____
Район _____
Город _____
Населенный пункт _____
Улица _____
Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152 - ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку персональных данных Министерству здравоохранения Челябинской области (454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165) и размещение их на официальном сайте в сети «Интернет».

Цель обработки: осуществление деятельности Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Челябинской области (далее именуется – Совет).

Перечень персональных данных на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения; вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, кем выдан; адрес регистрации, фотографии, информация об образовании, информация о трудовой и общественной деятельности, контактный телефон, адрес электронной почты, иные персональные данные, ставшие известными в ходе рассмотрения заявления кандидата о включении в состав Совета.

Заявление о согласии на обработку персональных данных действует: с момента подачи заявления и до окончания срока хранения документов.

Права и обязанности в области защиты персональных данных, ответственность за предоставление ложных или недостоверных сведений о себе мне разъяснены.

В случае неправомерного использования предоставленных данных согласие может быть отозвано письменным заявлением.

Подпись _____

(ФИО субъекта персональных данных)

Дата _____