



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И
НАУКИ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
«РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ И
ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
ОБРАЗОВАНИЯ»

ул. Краснофлотская, д.2, г. Улан-Удэ, 670033,
тел. 8(3012)20-03-80, E-mail: rbrcoioko@mail.ru

Руководителям органов
местного самоуправления,
осуществляющим
управление в сфере
образования

01.04.2021 № 83
На № _____ от _____ г.

Уважаемые коллеги!

В соответствии с приказом Минобрнауки РБ № 210 от 15.02.2021 «Об утверждении графика проведения мероприятий, направленных на исследование качества образования в 2021 году в Республике Бурятия», информируем вас о проведении в штатном режиме:

- 1) исследования компетенций заместителей руководителей общеобразовательных организаций по учебной работе;
- 2) исследования компетенций руководителей общеобразовательных организаций, не принявших участие в диагностической работе 17.09.2020г.

Просим в срок до 12 апреля 2021 года направить на электронный адрес rbonmr@mail.ru информацию:

1. Об участниках исследования:
 - 1.1. заместителях руководителей общеобразовательных организаций по учебной работе согласно форме (Приложение 1);
 - 1.2. руководителях общеобразовательных организаций, не участвовавших в исследовании 17.09.2020, либо назначенных на должность руководителя общеобразовательной организации после 17.09.2020г. (Приложение 2)
2. О муниципальных координаторах, ответственных за проведение диагностического исследования (Приложение 3).

Директор

Чимитова Д.К.

Исп.: Фёдорова Т.П.
Тел.:8(3012)37-72-90

Список заместителей руководителей ОО по учебной работе

(муниципальное образование)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (полностью)	Общеобразовательная организация	Телефон (личный)	Адрес электронной почты (личный)

Приложение 2

**Список руководителей ОО,
не принимавших участие в диагностическом исследовании 17.09.2020г.**

(муниципальное образование)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (полностью)	Общеобразовательная организация	Телефон (личный)	Адрес электронной почты (личный)

Приложение 3

**Муниципальный координатор, ответственный за организацию
диагностического исследования в**

(муниципальное образование)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (полностью)	Должность	Телефон (личный)	Адрес электронной почты (личный)