|  |
| --- |
| Председателю территориальной аттестационной комиссии департамента здравоохранения |
| администрации Владимирской области  |
|  |
| от |  |
|  |  |
| (фамилия, имя, отчество - полностью) |
| работающей по специальности: |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
| (место работы) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   Прошу Вас присвоить мне  |  |  квалификационную  |
|  | (указать) |  |
| категорию по специальности |  |
|  | (указать) |
| Стаж работы по данной специальности |  | лет. |
|  |
| Квалификационная категория |  |
|  | (указать, если имеется) |
| по специальности |  |
|  | (указать) |
| присвоена |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |  |
|  | (подпись) |

Согласен (согласна) с обработкой моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

 (подпись)