|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)