

Председателю областной  
аттестационной комиссии  
Департамента здравоохранения  
Тюменской области  
А.Г. Немкову  
**Иванова Ивана Петровича**  
врача - нейрохирурга  
нейрохирургического отделения  
взрослого стационара ГБУЗ ТО  
«Областная клиническая больница №2»  
телефон: 8-982-456-75-12  
адрес электронной почты: bard@mail.ru

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне **высшую** квалификационную  
(вторую, первую, высшую)

категорию по специальности **«нейрохирургия»**.  
(указать специальность)

Квалификационная категория **первая**  
(наличие или отсутствие ранее присвоенной квалификационной категории)

по специальности **«нейрохирургия»** от **25 марта 2017г.**  
(указать) (дата присвоения)

Согласен (согласна) на получение и обработку персональных данных с целью присвоения квалификационной категории в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

**13.01.2022г.**  
( дата составления заявления )

\_\_\_\_\_  
(личная подпись специалиста)