

Председателю областной
аттестационной комиссии
Департамента здравоохранения
Тюменской области
Т.Е. Захарычевой

(фамилия, имя, отчество полностью)
По должности

(место работы, расшифровка медицинской организации)

(контактный телефон)

(адрес электронной почты)

(СНИЛС)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную
(вторую, первую, высшую)
категорию по специальности «_____».
(указать специальность)

Квалификационная категория _____
(наличие или отсутствие ранее присвоенной квалификационной категории)

по специальности «_____»
(указать)

от «_____» _____ г.
(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».

«_____» _____ 20
(дата составления заявления)

г.

(личная подпись специалиста)