

**ПРЕДСЕДАТЕЛЮ  
ЗЕЛЕНОДОЛЬСКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ  
ЭКСПЕРТНОЙ ГРУППЫ  
ПО АТТЕСТАЦИИ  
СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

контактный телефон \_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Работающего по специальности

в должности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (место работы)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_  
(указать)

Квалификационную категорию по специальности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (указать)

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_ лет.

Квалификационная категория \_\_\_\_\_  
(указать если имеется)

по специальности \_\_\_\_\_  
(указать)

Присвоена в \_\_\_\_\_ году.

Даю согласие на получение и обработку персональных данных с целью  
оценки квалификации.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)