

**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)