Председателю
аттестационной комиссии

Т.Л. Курченко

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

работающего по специальности

в должности

(место работы)

(контактный телефон)

(адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(СНИЛС)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне квалификационную

 (указать вторую, первую, высшую)

категорию по специальности

(указать наименование специальности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стаж работы по данной специальности |  | лет |

Квалификационная категория

(указать вторая, первая, высшая)

по специальности

(указать наименование специальности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Присвоена в |  | году. |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, согласен(на) на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, в период прохождения аттестации в аттестационной комиссии министерства здравоохранения Приморского края. Права, в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в министерстве здравоохранения Приморского края, ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  | 20 г. |  |  |  |

 (подпись) (расшифровка)