Председателю
аттестационной комиссии
_____

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
_____
_____
работающего по специальности
_____
в должности_____
_____
_____
(место работы)
_____
(контактный телефон)
_____
(адрес электронной почты)

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)

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ

Председателю
аттестационной комиссии

Курченко Тамаре Леонидовне

от Ивановой Анны Ивановны
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

работающего по специальности
сестринское дело
в должности медицинской
сестры палатной
КГБУЗ «Ольгинская
центральная районная
больница»
(место работы)
89140738405
(контактный телефон)
ivanova_anna@mail.ru
(адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне
квалификационную высшую
(указать вторую, первую, высшую)
категорию по специальности сестринское дело
(указать наименование специальности)
Стаж работы по данной специальности 15 лет
Квалификационная категория высшая
(указать вторая, первая, высшая)
по специальности сестринское дело
(указать наименование специальности)
Присвоена в 2015 году*.

Я, Иванова Анна Ивановна , 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)

** указывается год присвоения категории 2015, 2016, 2017 или 2018 год;*
***дату ставит специалист министерства в день регистрации от заявителя необходима только подпись и расшифровка подписи.*