

Председателю областной аттестационной
комиссии Министерства
здравоохранения Омской области
Д.М. Вьюшкову

от _____

_____ (фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ работающего по специальности

_____ в должности _____

_____ (место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить /подтвердить мне _____ (указать)
квалификационную категорию по специальности

_____ (указать)

Квалификационная категория _____ (указать если имеется)

по специальности _____ (указать)

Присвоена _____ года.
(дата)

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)