

Заместителю Министра здравоохранения
Омской области
председателю Координационного
комитета областной аттестационной
комиссии Министерства
здравоохранения Омской области
Л.В. Шукиль

от _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

работающей по специальности

« _____ »

в должности

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить/подтвердить мне _____ квалификационную
(нужное подчеркнуть) (указать)

категорию по специальности « _____ »
(указать)

Квалификационная категория _____
(указать, если имеется)

по специальности « _____ »
(указать)

присвоена « ____ » _____ 201__ г.

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

« ____ » _____ 201__ г.

(подпись)