|  |
| --- |
| Председателю аттестационной комиссии Министерства здравоохраненияЯрославской областиот *фельдшера скорой медицинской помощи* *Тверской подстанции**скорой медицинской помощи**ГБУЗ МО “Липецкая ССиНМП”**Иванова Ивана Ивановича* |
| ЗАЯВЛЕНИЕПрошу аттестовать меня на высшуюквалификационную категорию(указать какую – вторую, первую, высшую)по специальности:**Скорая и неотложная помощь**.(указать наименование специальности)Стаж моей работы по аттестуемой специальности 25 лет.Имею **высшую** квалификационную категорию по специальности**Скорая и неотложная помощь**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается при наличии категории – наименование специальности и степень категории)присвоена приказом **Министерства здравоохранения Забайкальского края №43-Ч от 20.05.2014г.**(наименование органа, издавшего приказ, номер и дата)Даю согласие на обработку моих персональных данных, необходимую для проведения аттестации и информирования о её результатах. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(личная подпись) «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ гТел. +77777777777 |