|  |
| --- |
| Председателю аттестационной комиссии Министерства здравоохраненияЯрославской областиот *врача скорой медицинской помощи* *Тверской подстанции**скорой медицинской помощи**ГБУЗ МО “Липецкая ССиНМП”**Иванова Ивана Ивановича* |
| ЗАЯВЛЕНИЕПрошу аттестовать меня на первую квалификационную категорию(указать какую – вторую, первую, высшую)по специальности: **Скорая медицинская помощь**.(указать наименование специальности)Стаж моей работы по аттестуемой специальности 5 лет.Ранее квалификационной категории не имел(указывается при наличии категории – наименование специальности и степень категории) (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 |