|  |
| --- |
| Председателю аттестационной комиссии  Министерства здравоохранения  Ярославской области  от *врача скорой медицинской помощи*  *Тверской подстанции*  *скорой медицинской помощи*  *ГБУЗ МО “Липецкая ССиНМП”*  *Иванова Ивана Ивановича* |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  Прошу 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\_\_\_ г  Тел. +77777777777 |