|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|   | Председателю аттестационной комиссииминистерства здравоохраненияРостовской областиЮ.В. Кобзевуот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество – полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, место работы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(страховой номер индивидуального лицевого счета)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер телефона) |

 |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную категорию

 (высшую, первую, вторую)

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать)

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_\_ лет.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационная категория по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать, если имеется) (указать)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ присвоена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать дату присвоения)

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_