|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю комиссии по аттестации специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, работающих в организациях социального обслуживания, находящихся в ведении Нижегородской области |
| от  |
|  |
|  |
| (фамилия, имя, отчество полностью) |
| работающего (щей) в  |
|  |
|  |
|  |
| (место работы) |
| в должности |
|  |
|  |
| по специальности |
|  |
|  |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить/подтвердить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квали-

 (вторую, первую, высшую)

фикационную категорию по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование специальности)

Стаж работы по указанной специальности \_\_\_\_\_\_ дней \_\_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_\_ лет

Квалификационная категория по данной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вторая, первая, высшая)

присвоена/подтверждена в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году.

 (указать последний год присвоения/подтверждения)

Согласен(на) на передачу, обработку и использование персональных данных.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Дата |  | подпись |  | ФИО |