

Председателю аттестационной
комиссии департамента
здравоохранения Воронежской
области по аттестации медицинских и
фармацевтических работников
А.В.Щукину

Ф.И.О.

(занимаемая должность)

(место работы)

Сот.телефон _____

Адрес эл.почты _____

Заявление

Прошу присвоить высшую квалификационную категорию по специальности _____

(указать какой («Операционное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и т.д.)

Общий медицинский стаж работы _____ лет (года).

Стаж работы по аттестуемой специальности _____ лет (года).

Был(а) аттестован(а) на _____ квалификационную категорию,
(указать какую (вторую, первую, высшую)

Приказ департамента здравоохранения Воронежской области

от _____ № _____.

(число, месяц, год)

Даю согласие на получение и обработку моих персональных данных аттестационной комиссией с целью оценки квалификации.

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по письменному отзыву данного согласия мне разъяснены в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» (в редакции Федерального закона от 30.12.2020г. № 519-ФЗ).

дата

ПОДПИСЬ