РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОБРАЗЕЦ

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

_____
Ф.И.О.
_____
(занимаемая должность)
_____
(место работы)

Заявление

Прошу присвоить _____
(указать нужное) (указать какую (вторую, первую, 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 с целью оценки квалификации.

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по письменному отзыву данного согласия мне разъяснены. (ФЗ «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.06г.)

дата
подпись

Примечание:
- общим медицинским стажем считается время работы на должностях средних медицинских работников в соответствии с записями в трудовой книжке;
- стаж по аттестуемой специальности суммируем в соответствии с записями в трудовой книжке, по последнему месту работы он должен быть не менее года (минимальный срок для написания отчета).