## Председателю аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Свердловской области А.В. Шастину

	OT
	(фамилия, имя, отчество полностью)
	работающего по специальности
	в должности
	(место работы)
	ЗАЯВЛЕНИЕ
Прошу Вас присвоить мне	квалификационную категорию по
специальности	
Стаж работы в данной специальности	лет
Квалификационная категория	
по специальности	
Присвоена в год.	
Сотовый телефон:	
Электронная почта: (электронная почта указана верно	подпись)
СНИЛС:	
«О персональных данных» даю согла области, расположенной по адресу: Ека а также без использования средств а	Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ исие аттестационной комиссии Минздрава Свердловской атеринбург, ул. Вайнера, дом 346, на автоматизированную, автоматизации обработку моих персональных данных, а потренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона осональных данных».
« 20 г.	Подпись