

**В Аттестационную комиссию
Департамента здравоохранения
города Москвы**

от _____
(Ф.И.О.)

работающего по специальности _____

в должности _____

_____ (место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную категорию по специальности _____

Стаж работы по данной специальности _____ лет.

Квалификационная категория _____
(указать: «высшая / первая/ вторая и дату выдачи удостоверения» или «не имею») по специальности _____

присвоена в _____ году.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
(подпись)

Согласен (согласна) с обработкой моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152ФЗ «О персональных данных»

Подпись _____