Председателю
аттестационной комиссии

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

работающего по специальности

в должности

(место работы)

(контактный телефон)

(адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне квалификационную

 (указать вторую, первую, высшую)

категорию по специальности

(указать наименование специальности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стаж работы по данной специальности |  | лет |

Квалификационная категория

(указать вторая, первая, высшая)

по специальности

(указать наименование специальности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Присвоена в |  | году. |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, согласен(на) на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, в период прохождения аттестации в аттестационной комиссии министерства здравоохранения Приморского края. Права, в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в министерстве здравоохранения Приморского края, ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  | 20 г. |  |  |  |

 (подпись) (расшифровка)

 ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ

Председателю
аттестационной комиссии

Курченко Тамаре Леонидовне

от Ивановой Анны Ивановны

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

работающего по специальности

сестринское дело

в должности медицинской

сестры палатной

КГБУЗ «Ольгинская центральная районная больница»

(место работы)

89140738405

(контактный телефон)

ivanova\_anna@mail.ru

(адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне

квалификационную высшую

 (указать вторую, первую, высшую)

категорию по специальности сестринское дело

(указать наименование специальности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стаж работы по данной специальности | 15 | лет |

Квалификационная категория высшая

(указать вторая, первая, высшая)

по специальности сестринское дело

(указать наименование специальности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Присвоена в | 2015 | году\*. |

Я, Иванова Анна Ивановна , согласен(на) на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, в период прохождения аттестации в аттестационной комиссии министерства здравоохранения Приморского края. Права, в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в министерстве здравоохранения Приморского края, ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*\* “ |  | ” |  |  | 20 г. |  |  |  |

 (подпись) (расшифровка)

*\* указывается год присвоения категории 2015, 2016, 2017 или 2018 год;*

*\*\*дату ставит специалист министерства в день регистрации от заявителя необходима только подпись и расшифровка подписи.*