**Приложение № 1**

к Положению о порядке прохождения
медицинскими работниками и
фармацевтическими работниками
аттестации для получения
квалификационной категории

|  |
| --- |
| Председателю аттестационной комиссии Министерства здравоохраненияМосковской областиот *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*(наименование занимаемой должности в соответствии с записью в трудовой книжке – в родительном падеже) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(наименование учреждения, в котором специалист занимает данную должность) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* (фамилия, имя, отчество полностью –в родительном падеже) |
| ЗАЯВЛЕНИЕПрошу аттестовать меня на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную категорию(указать какую – вторую, первую, высшую)по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(указать наименование специальности)Стаж моей работы по аттестуемой специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.Имею \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_квалификационную категорию по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается при наличии категории – наименование специальности и степень категории)присвоена приказом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, издавшего приказ, номер и дата)Квалификационной категории не имею, ранее не аттестован (указывается при отсутствии категории).Даю согласие на обработку моих персональных данных, необходимую для проведения аттестации и информирования о её результатах. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (личная подпись) «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г |