ТЕЛ. СЛУЖЕБНЫЙ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Председателю территориальной

аттестационной комиссии

ТЕЛ. ДОМАШНИЙ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ТЕЛ. МОБИЛЬНЫЙ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Фамилия, Имя, Отчество – полностью)

работающего(ей) по специальности

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

(наименование специальности)

в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование должности)

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

(место работы)

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную категорию

по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.

Квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

присвоена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(год и месяц последней аттестации)

**\* Согласен с обработкой и использованием сотрудниками Отдела аттестации специалистов системы здравоохранения СПб ГБУЗ МИАЦ моих персональных данных, указанных в представленных мною документах для получения квалификационной категории, как без средств автоматизации, так и в информационных системах персональных данных, защищенных по требованиям безопасности информации.**

**\*\* Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных для рассмотрения в аттестационную комиссию Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и последующее хранение документов, содержащих мои персональные данные в архиве Отдела аттестации СПб ГБУЗ МИАЦ в течение 5 лет со дня присвоения (отказа от присвоения) мне квалификационной категории.**

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)