Председателю территориальной

аттестационной комиссии

Департамента здравоохранения

Томской области

А.В. Холопову

от

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

 (должность, место работы, Ф.И.О. заявителя)

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

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

Заявление.

Прошу присвоить мне высшую квалификационную категорию по специальности «сестринское дело».

Имею высшую квалификационную категорию по специальности «сестринское дело», присвоена \_\_\_. \_\_\_.201\_\_ г.

Согласен на получение и обработку персональных данных с целью оценки квалификации.

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

 (личная подпись)

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

 (дата)