

Приложение 1

Председателю аттестационной комиссии  
Министерства здравоохранения  
Удмуртской Республики

\_\_\_\_\_ от

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество специалиста - полностью)  
работающего по специальности (в  
должности) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (место работы)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (адрес электронной почты)

**ЗАЯВЛЕНИЕ.**

Прошу присвоить \_\_\_\_\_ квалификационную  
категорию

(указать категорию)

по специальности (должности) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать специальность по номенклатуре (для специалистов с иным профессиональным образованием –  
должность)

Стаж работы по данной специальности (в должности) \_\_\_\_\_ лет.

Квалификационная категория имеется/не имеется \_\_\_\_\_

(при наличии указать имеющуюся категорию) по специальности (должности)

\_\_\_\_\_ ,

(указать)

присвоена в \_\_\_\_\_  
году.

На обработку моих персональных данных (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) в целях предоставления государственной услуги согласен.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись)