

Заместителю председателя Аттестационной  
комиссии Управления делами Президента  
Российской Федерации по проведению  
аттестации медицинских и фармацевтических  
работников

Н.Б. Корчажиной

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

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

\_\_\_\_\_ в должности \_\_\_\_\_  
(должность согласно трудовой книжки)

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

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_ квалификационную  
(указать)

категорию по специальности \_\_\_\_\_  
(указать)

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

Квалификационная категория \_\_\_\_\_  
(указать, если имеется)

по специальности \_\_\_\_\_  
(указать)

Присвоена \_\_\_\_\_ (дата присвоения)

Я согласен (согласна) на получение и обработку персональных данных  
с целью оценки квалификации

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.