**Приложение № 1**

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

|  |
| --- |
| Председателю аттестационной комиссии  Министерства здравоохранения  Московской области  от *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*  (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) |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  Прошу 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 |