

**ГОЛОВІ ЦЕНТРАЛЬНОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ  
МОЗ УКРАЇНИ**

\_\_\_\_\_  
**ПРОФЕСОРА (ДОЦЕНТА, АСИСТЕНТА)  
КАФЕДРИ \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
*(ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО – БАТЬКОВІ)*

**адреса**

тел. \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу атестувати (підтвердити) мене (мені) на вищу (першу, другу)  
кваліфікаційну категорію зі спеціальності \_\_\_\_\_

**Дата**

**Підпис**