

Голові Центральної
атестаційної комісії
МОЗ України
асистента (доцента,
професора) кафедри

вищого державного
навчального закладу України
«Українська медична
стоматологічна академія»

(прізвище, ім'я, по батькові повністю)

ЗАЯВА

Прошу Вас дозволити атестуватися на присвоєння
(підтвердження) II, I, вищої кваліфікаційної категорії
з фаху «_____».

(підпис)