

Приложение № 2
к приказу комитета
здравоохранения Курской области
от « 1 » марта 2016 г. № 94
(форма)

В комитет здравоохранения Курской области

Заявление об аттестации

1. Фамилия, имя и отчество (если имеется) _____
2. Адрес места жительства: _____
3. Данные документа, удостоверяющего личность (номер, дата выдачи, орган, выдавший документ, код подразделения (при наличии)): _____
4. Номер телефона и адрес электронной почты (если имеется): _____
5. Идентификационный номер налогоплательщика: _____
6. Вид (виды) государственного контроля (надзора): _____
7. Область (области) экспертизы, заявляемая в соответствии с утвержденным перечнем видов экспертиз, для проведения которых комитет здравоохранения Курской области привлекает экспертов: _____
8. С обработкой моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах, в целях и объеме, необходимых для проведения аттестации и ведения реестра сведений об аттестации, согласен.
9. В качестве индивидуального предпринимателя не зарегистрирован.

Приложение:

1. копии документов об образовании (в том числе, документов о дополнительном образовании);
2. копии документов, подтверждающих наличие опыта работы (в том числе, трудовой книжки, договоров об оказании услуг, выполнении работ).

Дата составления _____
(подпись заявителя) (фамилия, инициалы)