

Голові  
Центральної атестаційної  
комісії МОЗ України  
лікаря \_\_\_\_\_  
посада \_\_\_\_\_  
місце роботи \_\_\_\_\_  
**\_\_\_\_\_ (П.І.Б.) \_\_\_\_\_**

## **Заява**

Прошу проатестувати мене на присвоєння (підтвердження) другої  
(першої, вищої) кваліфікаційної категорії за спеціальністю

---

(назва спеціальності згідно з номенклатурою)