

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

Української медичної
стоматологічної академії

(прізвище, ім'я, по батькові повністю)

ЗАЯВА

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

(підпис)