

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

---

Полтавського державного  
медичного університету

---

(прізвище, ім'я, по батькові повністю)

## ЗАЯВА

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

---

(підпис)