

Приложение 2

к Административному регламенту предоставления министерством здравоохранения Ставропольского края государственной услуги «Организация и проведение аттестации педагогических работников государственных образовательных организаций среднего профессионального образования, подведомственных министерству здравоохранения Ставропольского края»

(наименование аттестационной комиссии)

(фамилия, имя, отчество)

(должность, место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу аттестовать меня в 20____ году в целях установления _____ квалификационной категории по должности (должностям)

В настоящее время имею _____ квалификационную категорию, срок ее действия до _____, либо квалификационной категории не имею

Основанием для аттестации в целях установления указанной в заявлении квалификационной категории считаю следующие результаты работы, соответствующие требованиям, предъявляемым к квалификационной категории:

Сообщаю о себе следующие сведения: образование (когда и какую образовательную организацию окончил, полученная специальность и квалификация)

стаж педагогической работы (по специальности) _____ лет,
в данной должности _____ лет; в данной организации _____ лет.

Имею следующие награды, звания, ученую степень, ученое звание _____

Сведения о повышении квалификации

Аттестацию на заседании аттестационной комиссии прошу провести
в моем присутствии _____ без моего присутствия _____ (нужное подчеркнуть)

С порядком аттестации педагогических работников государственных и муниципальных образовательных организаций ознакомлен(а).

" ____ " _____ 20__ г.

Подпись _____

Телефон дом. _____

сл. _____

Первый заместитель министра

 А.О. Дейнеко