В комиссию по формированию и подготовке резерва медицинских кадров для государственных медицинских организаций Калининградской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (рабочий, мобильный)

Заявление

Прошу допустить меня к участию в конкурсном отборе для включения в резерв медицинских кадров для государственных медицинских организаций Калининградской области на должность (должности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С Положением о резерве медицинских кадров в сфере здравоохранения Калининградской области, в том числе с квалификационными требованиями, предъявляемыми к категориям должностей, и порядком прохождения конкурсного отбора для включения в резерв медицинских кадров ознакомлен(а).

К заявлению прилагаю следующие документы:

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)