|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю медицинской организации  (название)  ФИО  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество - полностью)  работающего по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас сохранить мне оплату труда за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную

(вторая, первая, высшая)

категорию по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать)

Квалификационная категория истекает «\_\_\_» \_\_\_ 20\_\_\_\_\_года за один год до наступления права для назначения трудовой пенсии по старости (по возрасту) «\_\_\_» \_\_\_ 20\_\_\_\_\_года.

Основание: дополнительное соглашение между Министерством здравоохранения Алтайского края и Алтайской краевой организацией Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации «Региональному отраслевому соглашению по организациям, находящимся в ведении Министерства здравоохранения Алтайского края на 2019 - 2022 гг.» (с изм. от 2 марта 2023 года).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | г. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (расшифровка подписи) |