Директорові департаменту Тернопільської обласної військової адміністрації

Ользі ЯРМОЛЕНКО

П.І.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактний номер телефону

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ЗАЯВА  
про верифікацію інформації про освіту, кваліфікацію та   
професійний досвід працівника сфери охорони здоров’я

Я ,

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності)

прошу провести верифікацію інформації про мій поточний   
професійний статус з метою отримання дозволу на працевлаштування/тимчасове працевлаштування в ,

(потрібне підкреслити) (назва країни)

до якої я виїхав/виїхала у період воєнного стану в Україні.

Даю згоду на обробку персональних даних згідно вимог чинного законодавства

|  |  |
| --- | --- |
| Додаток: | 1. Заповнена верифікаційна анкета працівника сфери охорони здоров’я.  2. Скан-копії чи фотокопії документів, що посвідчують особу та підтверджують громадянство України та документи про освіту, кваліфікацію і професійний досвід працівника сфери охорони здоров’я. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (власне ім’я та прізвище) |