

**(ЗРАЗОК ЗАЯВИ ДЛЯ ПРОДОВЖЕННЯ ДОПЛАТИ ЗА  
ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНУ РОБОТУ В ПЕРІОД ДІЇ  
КАРАНТИНУ)**

Ректору закладу вищої освіти  
НМУ ім. О.О. Богомольця,  
член-кореспонденту НАМН України  
професору Кучину Ю.Л.

Найменування посади та  
структурного підрозділу  
П.І.Б (повністю)

**ЗАЯВА**

У зв'язку з закінченням терміну дії сертифікату лікаря-спеціаліста чи кваліфікаційної категорії по спеціальності \_\_\_\_\_ в період дії карантину, установленого Кабінетом Міністрів України, прошу продовжити мені доплату за лікувально-діагностичну роботу з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \*.

Зобов'язуюсь в місячний термін після закінчення карантину подати документи в атестаційну комісію\*\*.

Документи для проходження атестації надано в атестаційну комісію \_\_\_\_\_ (зазначити дату)\*\*\*.

*Дата*

*Підпис (ПІБ)*

*Віза безпосереднього керівника (дата та підпис)*

---

\*термін дії продовжується на рік, наприклад «з 18.05.2020 по 17.05.2021»

\*\*для лікарів термін дії сертифікату чи кваліфікаційної категорії закінчився в період дії карантину;

\*\*\*для лікарів, документи яких вже знаходяться в атестаційній комісії