

Додаток 1  
до Процедури присвоєння та підтвердження  
професійної кваліфікації «Масажист  
(трудові функції: А, Б, В, Г)»  
у кваліфікаційному центрі  
ПП «АПОСІК «ПАРТНЕР ПЛЮС»

Директору  
ПП «АПОСІК «ПАРТНЕР ПЛЮС»  
ОНИЩЕНКО А. П.

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові),  
який проживає за адресою:

### З А Я В А

Прошу присвоїти та/або підтвердити мені професійну кваліфікацію  
«Масажист (трудові функції: А, Б, В, Г)».

Маю досвід роботи за професією\* \_\_\_\_\_  
(назва професії, робіт)  
\_\_\_\_\_ у розмірі \_\_\_\_\_ років \_\_\_\_\_ місяців

Не заперечую щодо обробки моїх персональних даних відповідно до  
Закону України «Про захист персональних даних».

Надаю контактну інформацію \_\_\_\_\_  
(контактний телефон, адреса електронної пошти, тощо)  
для надання у разі необхідності додаткової інформації щодо організації  
процедури присвоєння та/або підтвердження професійної кваліфікації  
«Масажист (трудові функції: А, Б, В, Г)».

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище, ім'я, по-батькові)

\* Зазначається досвід роботи за професією, пов'язаною з виконанням робіт масажиста.