

Приложение 2
к Положению о работе
аттестационной комиссии
министерства здравоохранения
Самарской области
по присвоению квалификационных
категорий медицинским и
фармацевтическим работникам

Наименование организации _____
(полное наименование организации в соответствии с Уставом)

Специальность _____
(в соответствии с действующей номенклатурой)

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Сведения об образовании _____
(учебное заведение, год окончания)

(специальность по образованию, N диплома, дата выдачи)

4. Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании
(интернатура, ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка, повышение квалификации за последние 5 лет)

Вид образования	Дата обучения	Местообучения	Названия цикла, курса обучения

5. Сертификат _____ дата получения _____
(по профилю аттестации)

6. Сведения о трудовой деятельности по окончании образовательного учреждения
(по записям трудовой книжки и справок о совместительстве)

Дата (число, месяц, год)		Должность, структурное подразделение	Наименование организации, место нахождения
начало трудовой дея-ти	окончание трудовой дея-ти		

7. Стаж работы в медицинских (фармацевтических) организациях _____ лет

8. Специальность _____ 9. Стаж работы _____ лет
(по профилю аттестации) (по данной специальности)

10. Другие специальности _____ 11. Стаж работы _____ лет

12. Квалификационная категория по аттестуемой специальности _____
(указать имеющуюся категорию, дату присвоения)

13. Квалификационные категории по другим специальностям _____
(указать категорию, дату присвоения)

14. Ученая степень _____ 15. Ученое звание _____
(год присвоения, N диплома) (год присвоения, N диплома)

16. Научные труды _____
(количество статей, монографий и т.д., с указанием наименования научной работы, даты и места публикации)

17. Изобретения, рационализаторские предложения, патенты _____

(регистрационные номера удостоверений, даты выдачи)

18. Служебный адрес, рабочий телефон _____

19. Домашний адрес, телефон(дом.), (сот.) _____

20. Электронная почта (E-mail) _____

Руководитель кадровой службы
организации (специалист) _____

(телефон: раб., сот.)

(электронная почта (E-mail))

(Ф.И.О., полностью)

(подпись)

Дата _____

Место печати
отдела кадров

21. Характеристика-представление на аттестуемого специалиста:

Включает сведения о результативности профессиональной деятельности специалиста, его деловых и профессиональных качествах (в том числе оценка уровня ответственности, требовательности, имеющихся умений, практических навыков).

Руководитель организации _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

Место печати
организации

22. Решение Экспертной группы:

Соответствует _____ квалификационной категории по заявленной специальности
(указать какой)

Не соответствует _____ квалификационной категории по заявленной специальности
(указать какой)

Протокол № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

Ответственный секретарь

Экспертной группы _____
(Ф.И.О.) (подпись)

23. Заключение Аттестационной комиссии:

Присвоить _____ квалификационную категорию
(указать какую)

по специальности _____
(указать какой)

Отказать в присвоении _____ квалификационной категории
по специальности _____

Приказ министерства здравоохранения Самарской области

«О присвоении квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам»

от « _____ » _____ 20 _____ г. № _____