**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Сведения об образовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (учебное заведение, год окончания)

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

 (специальность по образованию, № диплома, дата выдачи)

Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании

(для специалистов с высшим профессиональным образованием - интернатура, клиническая ординатура, профессиональная переподготовка, повышение квалификации за последние 5 лет,

для специалистов со средним профессиональным образованием - профессиональная переподготовка, повышение квалификации за последние 5 лет)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид образования | Годобучения | Наименование образовательного учреждения | Наименование программы образования | Номер и дата выдачи документа |
| Интернатура |  |  |  |  |
| Профессиональная переподготовка |  |  |  |  |
| Повышение квалификации |  |  |  |  |

 4. Сведения о трудовой деятельности

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Число, месяц, год |  | Число, месяц, год |  | Должность, наименование организации – работодателя) | Адрес в пределах места нахождения |
| с |  | по |  | - |  |  |
| с |  | по |  | - |  |  |
| с |  | по  |  | - |  |  |
| с |  | по |  | - |  |  |
| с |  | по | настоящее время | - |  |  |

Работник кадровой службы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

печать ОК подпись и.о.фамилия

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях, \_\_\_\_\_лет,

в том числе в организациях другого ведомства \_\_\_\_\_лет

6. Наименование специальности (должности- для лиц с высшим немедицинским образованием),

 по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Стаж работы по данной специальности (должности - для лиц с высшим немедицинским образованием)\_\_\_\_\_ лет

8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности), по которой проводится аттестация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (квалификационная категория,

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

 специальность (должность), по которой она присвоена, дата присвоения)

9.Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям (должностям) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(квалификационная категория, специальность (должность), по которой она присвоена, дата присвоения)

10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях и даты их присвоения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ученая степень, ученое звание и дата присвоения)

11.Сведения об имеющихся научных трудах (печатных) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование научной работы, дата и место публикации)

12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях,

патентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений)

13. Знание иностранного языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Служебный адрес и рабочий телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации

с аттестационной комиссией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Электронная почта (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Характеристика на специалиста:

Результативность деятельности специалиста, деловые и профессиональные качества (ответственность, требовательность, объем и уровень умений, практических навыков и др.): повышение профессиональной компетенции, использование на практике современных достижений медицины и т.д. Разделы специальности, методы, методики, которыми специалист владеет в совершенстве, уникальные методы, приемы, технологии, освоенные специалистом и т.п.

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 МП подпись и.о.фамилия

18. Заключение аттестационной комиссии:

 присвоить/отказать в присвоении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (второй, первой, высшей)

квалификационную (-ой) категорию (-и) по специальности (должности)

(наименование специальности, должности)

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. № \_\_\_

(указать реквизиты протокола заседания экспертной группы)

Ответственный секретарь

Экспертной группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись фамилия, имя, отчество