ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

пл. Ленина, д. 1, г. Орёл, 302021
телефон 47-53-47, факс 47-55-45
e-mail: zdrav@adm.orel.ru
http://orel-region.ru

Руководителям бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области

11.01.2024 № 4-2-135
На № _____ от _____

Департамент здравоохранения Орловской области информирует, что для проведения аттестации на квалификационную категорию в 1-ом полугодии 2024 года специалистам с медицинским, фармацевтическим образованием и специалистам с немедицинским образованием, осуществляющих медицинскую деятельность, необходимо предоставить документы в соответствии с пунктом 34 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2023 года № 458н «Об утверждении порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическим работниками аттестации для получения квалификационной категории»:

заявление на имя председателя аттестационной комиссии;

заполненный в печатном виде аттестационный лист, заверенный руководителем организации;

отчет о профессиональной деятельности, лично подписанный специалистом, согласованный с руководителем и заверенный печатью учреждения, работником которого является специалист:

отчет должен содержать анализ профессиональной деятельности, включая описание лично выполненных работ, данные о рационализаторских предложениях и патентах, выводы специалиста о своей профессиональной деятельности, предложения по ее совершенствованию, за последние **три года работы** - для специалистов **с высшим** профессиональным образованием (раздельно по каждому году статистические показатели работы структурного подразделения, в котором работает специалист, и личные статистические показатели работы); за последний **год работы** - для специалистов со **средним** профессиональным образованием;

копии документов об образовании и (или) о квалификации (диплома, удостоверения об интернатуре или ординатуре, о повышении квалификации за последние 5 лет) и копии действующих сертификатов специалиста и (или) свидетельств об аккредитации специалиста (выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных,

подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста), заверенных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

копия трудовой книжки или иной документ, подтверждающий наличие стажа медицинской деятельности или фармацевтической деятельности, в соответствии с законодательством Российской Федерации, заверенные в установленном порядке;

копия документа, подтверждающего факт смены фамилии, имени, отчества; (в случае изменения фамилии, имени, отчества) – при наличии, заверенная в установленном порядке;

копия документа о присвоении имеющейся квалификационной категории, заверенная в установленном порядке.

При подготовке отчета о профессиональной деятельности показатели рассчитываются и оцениваются с учетом форм государственного статического наблюдения в зависимости от специальности. В случае, когда за отчетный период специалист работал в нескольких учреждениях, то он должен представить отчеты за работу в этих учреждениях, согласованные руководителями и заверенные печатью. В случае, когда специалисты, подлежащие аттестации, работают на одинаковых должностях и в одном структурном подразделении учреждения, необходимо, чтобы **отчеты** об их профессиональной деятельности, в том числе личные количественные и качественные показатели, **были разными**.

Документы для проведения аттестации специалистов на квалификационную категорию должны быть аккуратно оформлены**.**

Сроки предоставления вышеназванных документов в отдел по работе с кадрами подведомственных учреждений управления обеспечения деятельности подведомственных учреждений Департамента здравоохранения Орловской области (г. Орел, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 2, кабинет № 312):

к 5 февраля 2024 года - для специалистов, подлежащих аттестации в марте 2024 года в соответствии с графиком заседания Экспертных групп аттестационной комиссии Департамента здравоохранения Орловской области;

к 4 марта 2024 года - для специалистов, подлежащих аттестации в апреле-мае 2024 года в соответствии с графиком заседания Экспертных групп аттестационной комиссии Департамента здравоохранения Орловской области, в т. ч. для специалистов, аттестуемых первично и досрочно;

График заседания Экспертных групп аттестационной комиссии Департамента здравоохранения Орловской области на 1-ое полугодие 2024 года будет размещен на сайте zdravorel.ru (раздел «Кадровая политика») в январе 2024 года.

Тестирование специалистов с высшим и средним профессиональным образованием будет проводиться по адресу: г. Орел ул. Приборостроительная, д. 42 (помещение бюджетного учреждения Орловской области «Орловская научная медицинская библиотека») **с 12**

февраля 2024 года (понедельник, вторник, среда, четверг с 9.00 до 17.00, перерыв с 13.00 до 14.00).

Приложение: образцы заявления и аттестационного листа на 3 л.

Исполняющий обязанности руководителя Департамента здравоохранения Орловской области

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 637CCAE2395AE19BF741300A2A4D8758
Владелец **Николаев Владимир Олегович**
Действителен с 12.07.2023 по 04.10.2024

В. О. Николаев

Карпачева Валентина Павловна
+7 (4862) 43-56-01

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 дополнительном профессиональном образовании

(для специалистов с высшим профессиональным образованием –интернатура/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	Год обучения	Наименование образовательного учреждения	Наименование программы образования	Номер и дата выдачи документа
Интернатура/ ординатура				
Профессиональная переподготовка				
Повышение квалификации				

4. Сведения о трудовой деятельности

	Число, месяц, год		Число, месяц, год		Должность, наименование организации – работодателя	Место нахождения организации
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 организациях других ведомств _____лет

6. Наименование специальности (для лиц с высшим немедицинским образованием- должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории

_____

7. Стаж работы по данной специальности(для лиц с высшим немедицинским образованием – должности)_____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. Место работы 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.)

Главный врач
(руководитель) _____ _____

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. № _____

(реквизиты протокола заседания Экспертной группы)

Ответственный секретарь
Экспертной группы _____ _____

подписьфамилия, имя, отчество

Председателю аттестационной комиссии
Департамента здравоохранения
Орловской области
Николаеву В. О.

_____
(должность)

_____
(место работы)

_____

_____
(Ф.И.О. полностью)

заявление

Прошу провести аттестацию для получения _____
(второй, первой, высшей)
квалификационной категории по специальности _____
(наименование специальности)
_____
_____

Квалификационная категория _____ по специальности
(вторая, первая, высшая, если имеется)
_____ присвоена «____» _____ _____ г.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие аттестационной комиссии Департамента здравоохранения Орловской области, расположенного по адресу: город Орел, пл. Ленина, дом 1, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень действий с персональными данными:

формирование документов и выполнение требований для прохождения аттестации для присвоения квалификационной категории в соответствии приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2023 года № 458н «Об утверждении порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории»,
в т. ч. формирование следующих документов:

аттестационный лист, отчет о работе за соответствующий период работы, копии документов об образовании и (или) о квалификации, действующих сертификатов и (или) свидетельств об аккредитации (выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста), документов, подтверждающих ученую степень, выписку из трудовой книжки и сведения о трудовой деятельности или иной документ, подтверждающий наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, копию документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества (в случае изменения), копию документа о присвоении имеющей квалификационной категории.

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)_____

Контактный телефон_____ адрес электронной почты_____

Срок действий с персональными данными - на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

"__" _____2024 г. _____
(подпись)