**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ СПЕЦИАЛИСТА**

1. Фамилия, имя, отчество
2. Дата рождения
3. Сведения об образовании

(учебное заведение, год окончания, специальность по образованию, № диплома, дата выдачи, реквизиты документа об

образовании)

1. Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании \_

(интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, переподготовка, повышение квалификации)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид образования | Год обучения | Место обучения | Название цикла, курса обучения | Реквизиты документов (номер и дата выдачи). Организация, выдавшая документ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Сведения о трудовой деятельности (по записям трудовой книжки и справкам о совместительстве)
	1. с по
	2. с по
	3. с по
	4. с по
	5. с по

Работник кадровой службы и печать отдела кадров организации, работником которой является специалист

(фамилия, имя, отчество, подпись)

Место печати

1. Стаж работы в учреждениях здравоохранения
2. Специальность по профилю аттестации

(в соответствии с действующей номенклатурой)

1. Стаж работы по данной специальности
2. Квалификационная категория по аттестуемой специальности

(указать категорию и дату присвоения)

1. Квалификационная категория по другим специальностям

(указать категорию и специальность)

1. Ученая степень

(год присвоения, № диплома)

1. Ученое звание

(год присвоения, № диплома)

1. Научные труды (печатные)

(количество статей, монографий, наименование научной работы, дата и место публикации)

1. Почетные звания
2. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах

(регистрационные номера удостоверений, даты выдачи)

1. Знание иностранного языка
2. Адрес места работы, рабочий телефон, сотовый телефон:
3. Почтовый адрес для переписки с аттестационной комиссией
4. Электронная почта (при наличии)
5. Характеристика на специалиста (сведения о результативности профессиональной деятельности специалиста, деловых и профессиональных качествах):

Руководитель организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность

(фамилия, имя, отчество, подпись)

Место печати

1. Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить/отказать/подтвердить

квалификационную (-ой) категорию (-и)

по специальности

(наименование)

« » 202 г. .

(реквизиты протокола заседания Экспертной комиссии)

Ответственный секретарь

Экспертной группы

(подпись) (фамилия, имя, отчество)