# АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ СПЕЦИАЛИСТА

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения (число, месяц, год)

3. Сведения об образовании:

- диплом специалиста (уровень образования, реквизиты документов, включая название программы, номер и дату выдачи, наименование организации, выдавшей документ об образовании)

- интернатура (если была) (уровень образования, реквизиты документов, включая название программы, номер и дату выдачи, наименование организации, выдавшей документ об образовании)

**-** ординатура (если была) (уровень образования, реквизиты документов, включая название программы, номер и дату выдачи, наименование организации, выдавшей документ об образовании)

- профессиональная переподготовка (если была, по аттестуемой специальности) (уровень образования, реквизиты документов, включая название программы, номер и дату выдачи, наименование организации, выдавшей документ об образовании)

- повышение квалификации (удостоверение) (уровень образования, реквизиты документов, включая название программы, номер и дату выдачи, наименование организации, выдавшей документ об образовании)

- сертификат или аккредитация специалиста (уровень образования, реквизиты документов, включая название программы, номер и дату выдачи, наименование организации, выдавшей документ об образовании)

4. Сведения о трудовой деятельности

с (число, месяц, год) по (число, месяц, год) - (период осуществления трудовой деятельности, должность, наименование организации работодателя, адрес в пределах места нахождения)

с (число, месяц, год) по (число, месяц, год) - (период осуществления трудовой деятельности, должность, наименование организации работодателя, адрес в пределах места нахождения)

с (число, месяц, год) по (число, месяц, год) - (период осуществления трудовой деятельности, должность, наименование организации работодателя, адрес в пределах места нахождения)

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

**(подпись работника кадровой службы и печать отдела кадров организации, работником которой является специалист)**

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

6. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Стаж работы по данной специальности (в данной 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)

1. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях \_\_\_\_кмн число, месяц, год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(присвоенные ученые степени, ученые звания, даты их присвоения)

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

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

(наименование научной работы, дата и место публикации)

1. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений)

1. Знание иностранного языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Место работы и рабочий телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-----\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Электронная почта (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Характеристика на специалиста:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Развернутая характеристика на специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сведения о результативности профессиональной деятельности

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

специалиста, деловых и профессиональных качествах)

Администрация ходатайствует о присвоении (второй, первой, высшей) квалификационной категории по специальности (название) врачу (наименование должности) ФИО.

**Подпись руководителя и печать организации, работником которой является специалист**.

1. Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить/Отказать в присвоении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(высшая, первая, вторая)

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

(наименование специальности (должности)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_

(реквизиты протокола заседания Экспертной комиссии)

Ответственный секретарь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Экспертной группы подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)