

ОБРАЗЕЦ*

Наименование учрежденияСпециальность

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Год рождения _____ 3. Пол _____

4. Сведения об образовании _____
(учебное заведение, год окончания)_____
(специальность по образованию, № диплома, дата выдачи)5. Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании
(интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, повышение квалификации)

Вид образования	Год обучения	Место обучения	Названия цикла, курса обучения

6. Работа по окончании вуза-училища (по записям трудовой книжки и справкам о совместительстве)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование учреждения, местонахождение)с _____ по _____ _____
(должность, наименование учреждения, местонахождение)Подпись работника кадровой службы
и печать О.К.

* Документ оформляется на двух листах с оборотом

7. Стаж работы в учреждениях здравоохранения _____ лет.

8. Специальность _____
(по профилю аттестации)

9. Стаж работы по данной специальности _____ лет.

10. Другие специальности _____ Стаж работы - _____ лет.

11. Квалификационная категория по аттестуемой специальности

(указать имеющуюся, год присвоения)

12. Квалификационные категории по другим специальностям

13. Ученая степень _____
(год присвоения, № диплома)

14. ученое звание _____
(год присвоения, № диплома)

15. Научные труды (печатные) _____
(количество статей, монографий и т.д.)

16. Изобретения, рационализаторские предложения, патенты

(регистрационные номера удостоверений, даты выдачи)

17. Знание иностранного языка _____

18. Почетные звания _____

19. Служебный адрес, телефон _____

20. Домашний адрес, телефон _____

21. Характеристика на специалиста:

Результативность деятельности специалиста, деловые и профессиональные качества (ответственность, требовательность, объемы и уровень умений, практических навыков и др.):
врачебные ошибки, приведшие к нежелательным последствиям, знание и использование деонтологических принципов, 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.

Руководитель организации _____
(подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество)

МЕСТО ПЕЧАТИ (гербовая печать)

22. Заключение специалиста аттестационной комиссии по отчету о деятельности (врача/медсестра):

_____ (подпись специалиста)

_____ (фамилия, имя, отчество)

23. Результаты квалификационного экзамена по _____
(указать специальность)

23а. Наименование тестовой программы _____

23б. Оценка тестового экзамена _____

23в. Оценка умения, практических навыков: не определялась, владеет в полном (неполном) объеме, не владеет (необходимо подчеркнуть)

24. Рекомендации экзаменационной комиссии:

а) соответствует _____ квалификационной категории
(указать какой)

б) не соответствует квалификационной категории _____
(указать какой)

25. Заключение аттестационной комиссии:

26.1. Присвоить _____ квалификационную категорию
(указать какую)

по специальности _____
(указать какой)

26.2. Подтвердить _____ квалификационную категорию
(указать какую)

по специальности _____
(указать какой)

26.3. Снять _____ квалификационную категорию
(указать какую)

по специальности _____
(указать какой)

26.4. Отказать в присвоении (подтверждении) квалификационной категории
_____ по специальности _____

(указать какой)

(указать какой)

27. Замечания, предложения аттестуемого специалиста _____

28. Специалисту _____ выдано удостоверение № _____
(фамилия, имя, отчество)

о присвоении _____ квалификационной категории
(указать какой)

по специальности _____
(указать какой)

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата выдачи удостоверения)

Председатель Центральной
аттестационной комиссии

(фамилия, имя, отчество)

Секретарь Центральной
аттестационной комиссии

(фамилия, имя, отчество)

Члены Центральной
аттестационной комиссии

(фамилия, имя, отчество)