

Аттестационная комиссия Департамента здравоохранения города Москвы

Наименование учреждения _____

(полное наименование учреждения в соответствии с зарегистрированным Уставом)

Специальность _____

(в соответствии с действующей номенклатурой)

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Год рождения _____

3. Сведения об образовании _____

(учебное заведение, год окончания, специальность по образованию)

4. Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании
(интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, повышение квалификации)

Вид образования	Год обучения	Место обучения	Название цикла, курса обучения

Сертификат по специальности: _____ Дата получения: _____ г.

5. Работа по окончании вуза (по записям трудовой книжки и справкам о совместительстве)

5.1. с _____ по _____

5.2. с _____ по _____

5.3. с _____ по _____

5.4. с _____ по _____

5.5. с _____ по _____

6. Стаж работы в учреждениях здравоохранения _____

Подпись работника кадровой службы и печать О.К. _____ (ФИО, телефон)

7. Специальность по профилю аттестации _____

8. Стаж работы по данной специальности _____

9. Другие специальности _____ Стаж работы _____

10. Квалификационная категория по аттестуемой специальности _____
(указать категорию и дату присвоения)

11. Квалификационная категория по другим специальностям _____
(указать категорию и специальность)

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

13. Ученое звание _____
(год присвоения, № диплома)

14. Научные труды (печатные) _____
(кол-во статей, монографий и т.д.)

15. Почетные звания _____

16. Служебный адрес, рабочий телефон: _____

17. Характеристика-представление аттестуемого специалиста руководителем учреждения:

Руководитель учреждения _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

*Место печати
учреждения*

18. Заключение и оценка специалиста экспертной группы по отчету о профессиональной деятельности специалиста, проходящего квалификационный экзамен

Отчет о профессиональной деятельности специалиста за последние три года
соответствует категории.

(подпись специалиста)

(фамилия, имя, отчество)

19. Рекомендации экспертной группы:

а) соответствует _____ квалификационной категории
(указать какой)

б) не соответствует _____ квалификационной категории
(указать какой)

20. Заключение аттестационной комиссии:

20.1. Присвоить _____ квалификационную категорию
(указать какую)

по специальности дерматовенерология
(указать какой)

20.2. Подтвердить _____ квалификационную категорию
(указать какую)

по специальности дерматовенерология

20.3. Снять _____ квалификационную категорию

(указать какую)
по специальности дерматовенерология
(указать какой)

20.4. Отказать в присвоении (подтверждении) _____ квалификационную категорию
(указать какой)

по специальности дерматовенерология
(указать какой)

21. Специалисту

(фамилия, имя, отчество)

выдано удостоверение о присвоении _____ квалификационной категории
(указать какой)

по специальности _____
(указать какой)

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

Ответственный секретарь
аттестационной комиссии

(фамилия, имя, отчество)