# 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 послевузовском и дополнительном профессиональном образовании (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка и повышение квалификации за последние 10 лет) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид образования | Год обучения | Наименование  организации | Название цикла, курса обучения |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

4. Сведения о трудовой деятельности (работа по окончании образовательного учреждения (ВУЗа, училища, колледжа) по записям трудовой книжки и справкам о совместительстве

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| с |  | по |  |  |  |
|  |  |  |  |  | (должность, наименование организации, местонахождение) |
| с |  | по |  |  |  |
| с |  | по |  |  |  |
| с |  | по |  |  |  |
| с |  | по |  |  |  |
| с |  | по |  |  |  |
| с |  | по |  |  |  |
| с |  | по |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Должность | Подпись | И.О. Фамилия |

Печать

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. | Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности), | | | | | | | | |
|  | по которой проводится аттестация | | | |  | | | | |
|  | наименование специальности (должности), по которой она присвоена, дата ее присвоения | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| 9. | Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям | | | | | | | | |
|  | (должностям) |  | | | | | | | |
|  |  | наименование специальности (должности), по которой она присвоена, дата ее присвоения | | | | | | | |
| 10. | Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях и даты их 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. | Служебный адрес и рабочий телефон | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| 15. | Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с | | | | | | | | |
|  | аттестационной комиссией | |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| 16. | Электронная почта (при наличии), номер мобильного телефона | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| 17. | Характеристика на специалиста | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

Результативность деятельности специалиста, деловые и профессиональные качества (ответственность, требовательность, объемы и уровень умений, практических навыков и д.): 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. Указать на какую категорию рекомендуется специалист.

Подпись руководителя и печать организации, работником которой является специалист

Директор Клинического центра

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Минздрава России (Сеченовский Университет)

О.С.Волкова

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Должность | Подпись | И.О. Фамилия |

Дата Печать

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18. | Заключение аттестационной комиссии: | | | |  |
| Присвоить/Отказать в присвоении | |  | | квалификационную(-ой) | | |
|  | | (высшая, первая, вторая) | |  | | |
| категорию(-и) по специальности (должности) | | |  | | | |
|  | | | (наименование специальности (должности) | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. | № |  |
|  | реквизиты протокола заседания экспертной группы, на котором принималось решение о присвоении квалификационной категории | | | | | | | |

Приказ Минздрава России № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ года