|  |
| --- |
| ФГАОУ ВО Первый МГМУ  им. И.М. Сеченова Минздрава России  (Сеченовский Университет)  119991, г. Москва, Трубецкая улица, дом 8, строение 2  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

# Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Дата рождения (число, месяц, год рождения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Контактные сведения: номера телефона и факса, адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Сведения о наличии высшего образования:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование образовательной организации | Даты начала и окончания обучения | Наименование специальности  в соответствии с дипломом об образовании | Квалификация (степень) | Наименование, серия и номер документа о высшем профессиональном образовании |
|  |  |  |  |  |

# Сведения об ученой степени (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Сведения о дополнительном образовании:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование образовательной организации | Даты начала и окончания обучения | Наименование специальности в соответствии с документом о дополнительном образовании | Квалификация (степень) | Наименование, серия и номер документа о дополнительном образовании |
|  |  |  |  |  |

# Сведения о прохождении обучения при получении высшего или дополнительного образования по следующим курсам (дисциплинам), модулям.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название модуля (курса) и объем согласно вкладышу к диплому или согласно удостоверению о повышении квалификации и (или) диплому о профессиональной переподготовке | Наименование образовательной организации | Объем модуля (курса) (с указанием единицы трудоемкости: академические часы, зачетные единицы | Наименование, серия и номер документа о дополнительном образовании/высшем образовании |
| прикладная (медицинская и биологическая) физика |  |  |  |
| общая и неорганическая химия |  |  |  |
| органическая химия |  |  |  |
| аналитическая химия |  |  |  |
| фармацевтическая химия (включая анализ лекарственных средств) |  |  |  |
| биологическая химия |  |  |  |
| физиология |  |  |  |
| микробиология |  |  |  |
| фармакология |  |  |  |
| фармацевтическая технология |  |  |  |
| токсикология (токсикологическая химия) |  |  |  |
| фармакогнозия |  |  |  |

# Сведения о текущей трудовой деятельности на момент представления заявления об аттестации в качестве уполномоченного лица производителя лекарственных средств Евразийского экономического союза:

|  |  |
| --- | --- |
| Полное и сокращенное наименования юридического лица согласно учредительному документу с указанием организационно-правовой формы и уникального идентификатора юридического лица в реестре юридических лиц государства - члена Евразийского экономического союза: |  |
| Адрес осуществления деятельности юридического лица: |  |
| Контактные сведения: номера телефона и факса, адрес электронной почты (при наличии) юридического лица |  |
| Наименование должности |  |
| Дата приема на должность |  |

# Сведения о предыдущей трудовой деятельности:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Полное и сокращенное наименования юридического лица согласно учредительному документу с указанием организационно-правовой формы и уникального идентификатора юридического лица в реестре юридических лиц государства - члена Евразийского экономического союза | Адрес осуществления деятельности юридического лица | Контактные сведения: номер телефона и факса, адрес электронной почты (при наличии) юридического лица | Наименование должности | Дата приема на должность | Дата увольнения |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# Стаж в области производства, или обеспечения качества или контроля качества лекарственных средств: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись работника кадровой службы и печать отдела кадров организации, работником которой является аттестуемое лицо)

# Сведения о документе, подтверждающем принятие решения об аттестации уполномоченного лица: номер, наименование документа и дата его выдачи, наименование уполномоченного органа, выдавшего документ (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Дата начала осуществления деятельности в качестве уполномоченного лица (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Вид производственной деятельности, на осуществление которой выдан документ, подтверждающий принятие решения об аттестации уполномоченного лица (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_

# Наименование вида производственной деятельности в соответствии с перечнем работ, на которую проводится аттестация:

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Наименование вида деятельности в соответствии с перечнем работ, составляющих деятельность по производству лекарственных средств |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Результаты тестового контроля: \_\_\_\_\_\_ %.

# Результаты собеседования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(удовлетворительно/неудовлетворительно)

# Заключение Экспертной группы Аттестационной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(рекомендация об аттестации в качестве уполномоченного лица или об отказе в аттестации в качестве уполномоченного лица)

# Количественный состав Аттестационной комиссии:

На заседании присутствовало \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ членов Аттестационной комиссии

Количество голосов за \_\_\_\_\_ , против \_\_\_\_\_\_ .

# Примечания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Председатель Экспертной группы | Пятигорская Наталья Валерьевна | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
| Секретарь Экспертной группы | Аладышева Жанна Игоревна | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
| Члены Экспертной группы | Береговых Валерий Васильевич | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  | Бркич Галина Эдуардовна | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  | Мешковский Андрей Петрович | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  | Федоренко Татьяна Александровна | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  | Пентегова Ольга Сергеевна | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  | Полянская Олеся Владимировна | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  | Шейкха Ирина Фёдоровна | |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |

Дата заседания Экспертной группы: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

С аттестационным листом может быть ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись аттестуемого лица)