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

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения (число, месяц, год рождения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Контактные сведения: номера телефона и факса, адрес электронной почты (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. 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 |
|  |  |  |  |  |

1. Сведения об ученой степени (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 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 |
|  |  |  |  |  |

9. 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 |  |  |  |

1. 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 |  |

1. 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 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |

1. 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)

1. Сведения о документе, подтверждающем принятие решения   
   об аттестации уполномоченного лица: номер, наименование документа и дата   
   его выдачи, наименование уполномоченного органа, выдавшего документ   
   (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата начала осуществления деятельности в качестве уполномоченного лица (при наличии)
3. Вид производственной деятельности, на осуществление которой выдан документ, подтверждающий принятие решения об аттестации уполномоченного лица (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 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 |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

1. Результаты тестового контроля:\_\_\_\_\_\_%.
2. Результаты собеседования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(удовлетворительно/неудовлетворительно)

1. Заключение Экспертной группы Аттестационной комиссии:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Количественный состав Аттестационной комиссии:

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

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

1. 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) |
|  | Мешковский Андрей Петрович |
|  | (подпись) (расшифровка подписи) |
|  | Бркич Галина Эдуардовна |
|  | (подпись) (расшифровка подписи) |
|  | Шейкха Ирина Фёдоровна |
|  | (подпись) (расшифровка подписи) |
|  | Козельская Татьяна Петровна |
|  | (подпись) (расшифровка подписи) |
|  | Пентегова Ольга Сергеевна |
|  | (подпись) (расшифровка подписи) |

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

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

(подпись аттестуемого лица)