

Приложение № 3
к приказу Департамента здравоохранения
города Москвы
от 02.07.2019 г. № 474

Аттестационная комиссия Департамента здравоохранения города Москвы

Наименование учреждения _____

(полное наименование учреждения в соответствии с зарегистрированным Уставом)

Специальность _____

(в соответствии с действующей номенклатурой)

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

специалиста с высшим медицинским и фармацевтическим образованием

Сведения об аттестуемом

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 (свидетельство об аккредитации) _____
(в соответствии с действующей номенклатурой)

Дата получения _____ год

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.
(Фамилия, имя, отчество, телефон)

7. Специальность по профилю аттестации _____
(в соответствии с действующей номенклатурой)

8. Стаж работы по данной специальности _____

9. Другие специальности _____ Стаж работы _____
(в соответствии с действующей номенклатурой)

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**
