

**ВИПУСКНИКИ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ 2021 РОКУ,
ЯКІ НАВЧАЛИСЯ ЗА ДЕРЖАВНИМ
ЗАМОВЛЕННЯМ, МОЖУТЬ ПОДАТИ У
СКРИНЬКУ ДОКУМЕНТИ ДЛЯ
ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ТА ПРОХОДЖЕННЯ
ІНТЕРНАТУРИ, за адресою: м. Київ, вул. Прорізна, 19**

Для оформлення в інтернатуру необхідно подати документи в такій послідовності:

1. Заява, за зразком, що додається.
2. Гарантійний лист на працевлаштування, відповідно до поданої інформації керівниками закладів охорони здоров'я, розміщеної на сайті Департаменту охорони здоров'я.
3. Копія диплома.
4. Копія довідки про навчання у ВНМЗ.
5. Копія паспорта.
6. Копії ліцензійних інтегрованих іспитів Крок 1 та 2.
7. Копія додатку до диплома.

Бази для проходження заочного циклу інтернатури затверджені наказом Департаменту охорони здоров'я від 28.05.2021 № 465/к (розміщений на сайті Департаменту охорони здоров'я).

Крім того, звертаємо увагу, що випускники за спеціальностями: «Стоматологія», «Педіатрія», «Загальна практика-сімейна медицина» мають зазначити для проходження заочного циклу інтернатури два заклади. Наприклад:

за спеціальністю «Стоматологія»:

1. КНП «Київська міська клінічна лікарня № 12» (обов'язкова база).
2. КНП «Київська стоматологія» (або інша база).

за спеціальністю «Педіатрія»:

1. КНП «Дитяча клінічна лікарня №.....» (одна із дитячих лікарень).
2. Центр первинної медико-санітарної допомоги (один із центрів).

за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина»:

1. Консультативно-діагностичний центр (один із центрів).
2. Центр первинної медико-санітарної допомоги (один із центрів).

Довідки за телефоном: 284-08-65 з 10.00 до 12.00.

Готові документи будуть видаватися після 29.07.2021

Зразок (бюджет)

Директору Департаменту
охорони здоров'я
Гінзбург В.Г.

Випускника/ці
прізвище, ім'я, по-батькові
ВУЗ, рік закінчення, ф-т
Домашня адреса
Контактні телефони: моб.
дом.

З А Я В А

Прошу зарахувати мене для проходження інтернатури в.....

.....
/ назва установи/

на посаду лікаря-інтерна за спеціальністю.....

Після закінчення інтернатури зарахувати в.....

.....
/назва установи/

для роботи на посаді лікаря -.....

“.....”.....р.

Підпис