

Документи, які подаються старшими молодшими спеціалістами з медичною освітою у 2022 році

1. Фотографія (3×4) - 1 шт.
2. Письмова заява молодшого спеціаліста з медичною освітою за зразком, що додається.
3. Заповнений атестаційний листок.
4. Копії документів: диплому, посвідчення про підвищення кваліфікації за останні п'ять років, трудової книжки (вказувати «працює по теперішній час»), посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії (за наявності).
5. Звіт про роботу за останні три роки (затверджений та підписаний керівником).
6. Рецензія на звіт в установленому порядку.

Документи на атестацію старші молодші спеціалісти з медичною освітою можуть подати щоденно у скриньку, що знаходиться у приміщенні Департаменту охорони здоров'я за адресою: м. Київ, вул. Прорізна, 19.

Видача посвідчень старшим молодшим спеціалістам з медичною освітою, проводиться за адресою: м. Київ, вул. Прорізна, 19, кабінет № 1: понеділок-четвер з 10-00 до 16-00, п'ятниця з 10-00 до 15-00 (окрім годин обіду з 12-00 до 13-00).

Зразок заяви

Заступнику директора Департаменту-
начальнику управління лікувально-
профілактичної допомоги,
голови атестаційної комісії при Департаменті
охорони здоров'я
Зборомирській Г.А.

**Прізвище, ім'я, по-батькові старшого
молодшого спеціаліста з медичною освітою,
посада та місце роботи,
адреса проживання та контактний телефон**

Заява

Прошу допустити мене до атестації на присвоєння (підтвердження) другої (першої, вищої) кваліфікаційної категорії за спеціальністю «_____»*».

Перелік документів, що додаються:

1. Фотографія (3×4) - 1 шт.
2. Письмова заява молодшого спеціаліста з медичною освітою за зразком, що додається.
3. Заповнений атестаційний листок (додається).
4. Копії документів: диплому, посвідчення про підвищення кваліфікації за останні п'ять років, трудової книжки (вказувати «працює по теперішній час»), посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії (за наявності).
5. Звіт про роботу за останні три роки (затверджений та підписаний керівником).
6. Рецензія на звіт.

* вказати свою спеціальність.

Дата

Підпис

АТЕСТАЦІЙНИЙ ЛИСТОК

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Рік народження _____

3. Освіта _____

(найменування вищого медичного закладу освіти, факультет,

рік закінчення)

4. Місце роботи _____

5. Займана посада на час атестації _____

6. Курси удосконалення за спеціальністю (де, коли, тривалість):

1) _____

2) _____

7. Стаж роботи за спеціальністю _____

8. Наукові праці, винаходи _____

Рішення атестаційної комісії:

Атестаційна комісія при _____

(найменування органу охорони здоров'я

або вищого медичного закладу освіти)

вирішила присвоїти (підтвердити) гр. _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

(звання лікаря-спеціаліста, назва категорії)

за спеціальністю _____

(назва спеціальності

згідно з Номенклатурою лікарських спеціальностей)

Голова комісії _____

(підпис)

(П.І.Б.)

Члени комісії: _____

"__" _____ 20__ року