ВИПУСКНИКИ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ 2024 РОКУ, **ЯКІ НАВЧАЛИСЯ ЗА ДЕРЖАВНИМ ЗАМОВЛЕННЯМ,** МОЖУТЬ **ПОДАТИ У СКРИНЬКУ** ДОКУМЕНТИ ДЛЯ ПРОХОДЖЕННЯ ІНТЕРНАТУРИ, за адресою: м. Київ, вул. Прорізна, 19

Для оформлення проходження інтернатури необхідно подати пакет документів, а саме:

1. Заява, за зразком, що додається.
2. Оригінал направлення закладу вищої освіти на проходження програми підготовки в інтернатурі, в якому зазначено спеціальність в інтернатурі, місце проходження інтернатури (база стажування) та заклад вищої освіти.
3. Копія диплому про повну вищу медичну освіту, достовірність якого верифіковано закладом вищої освіти у відповідному реєстрі.
4. Копія паспорта (1, 2 сторінки та прописка/ІД-карта та демографічний витяг).
5. Копія документу про рівень володіння державною мовою відповідно до Закону України «Про забезпечення функціонування української мови як державної» (Додаток до атестату про повну загальну середню освіту/Державний сертифікат про рівень володіння державною мовою не нижче ВІ)
6. Копія сертифіката про результати складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» та «Крок 2», достовірність яких верифіковано закладом вищої освіти у Центрі тестування при МОЗ.
7. Копія додатку до диплому про повну вищу медичну освіту.

Перелік баз стажування лікарів-інтернів для проходження практичної частини інтернатури розміщено на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України https://moz.gov.ua/bazi-stazhuvannja-likariv-interniv

Крім того, звертаємо увагу, що випускники за спеціальністю **«Загальна практика-сімейна медицина»** мають зазначити для проходження практичної частини інтернатури **два заклади:**

1. КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № …» (один із центрів).
2. КНП «Консультативно-діагностичний центр №….» (один із центрів).

Довідки за телефоном: 284-08-65, 284-08-00 з 10.00 до 12.00.

Документи будуть прийматися з 01.07.2024 до 12.07.2024

Зразок заяви
(для випускників, які навчалися за державним замовленням)

Директору Департаменту
охорони здоров'я
Гінзбург В.Г.

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

З А Я В А

Прошу зарахувати мене для проходження інтернатури до КНП

«.....»
/ назва установи, відповідно до направлення на роботу/

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

"....."..... р.

Підпис