

ВИПУСКНИКИ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ  
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ 2024 РОКУ,  
**ЯКІ МАЮТЬ ДОВІДКУ НА САМОСТІЙНЕ ОБРАННЯ МІСЦЯ  
ПРОХОДЖЕННЯ ІНТЕРНАТУРИ,**  
МОЖУТЬ **ПОДАТИ У СКРИНЬКУ** ДОКУМЕНТИ ДЛЯ ПРОХОДЖЕННЯ  
ПРАКТИЧНОЇ ЧАСТИНИ 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. Копія диплому про повну вищу медичну освіту, достовірність якого верифіковано закладом вищої освіти у відповідному реєстрі.
3. Копія довідки на самостійне обрання місця проходження інтернатури.
4. Копія довідки, що засвідчує здобуття вищої медичної освіти за кошти фізичних (юридичних) осіб.
5. Копія паспорта(1, 2 сторінки та прописка/ІД-карта та демографічний витяг).
6. 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).
7. Копія сертифіката про результати складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» та «Крок 2», достовірність яких верифіковано закладом вищої освіти у Центрі тестування при МОЗ.
8. 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.**

Зразок заяви  
(для випускників, які мають довідку на самостійне обрання  
місця проходження інтернатури або які навчалися  
за кошти фізичних (юридичних) осіб)

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 направити для проходження практичної частини навчання в  
інтернатурі

за спеціальністю «.....»

на базу стажування до КНП «.....»

з оплатою згідно договору на проходження практичної частини інтернатури.

“.....” .....р.

Підпис