

АТЕСТАЦІЙНИЙ ЛИСТОК

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Рік народження _____
3. Освіта _____
(найменування закладу вищої освіти, факультет,
_____ рік закінчення)
4. Місце роботи _____
5. Займана посада на час атестації _____
6. Кількість балів безперервного професійного розвитку _____
(за період з моменту попередньої атестації)
7. Стаж роботи за спеціальністю _____

Рішення атестаційної комісії

Атестаційна комісія при _____
(найменування органу охорони здоров'я
_____ або закладу вищої медичної освіти)
вирішила присвоїти (підтвердити) гр. _____
(прізвище, ім'я, по батькові)
_____ (звання лікаря-спеціаліста, назва категорії)
за спеціальністю _____
(назва спеціальності
_____ відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей)

Голова комісії _____
(підпис) (П.І.Б.)

Члени комісії: _____
(підпис) (П.І.Б.)
_____ (підпис) (П.І.Б.)
_____ (підпис) (П.І.Б.)

" ____ " _____ 20 ____ року

Додаток 2
до Порядку проведення
атестації лікарів
(пункт 3 розділу II)

**ОСОБИСТЕ ОСВІТНЄ ПОРТФОЛІО З РЕЗУЛЬТАТАМИ
ПРОХОДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ**

за _____ рік

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Місце роботи _____

Займана посада _____

№ з/п	Вид діяльності	Місце проведення	Дата/тривалість	Кількість балів

Відомості щодо персональних досягнень

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

(керівник закладу охорони здоров'я)

(підпис)

М.П.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Місце для
фотографії

СЕРТИФІКАТ ЛІКАРЯ-СПЕЦІАЛІСТА № _____

М.П.

Видано _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

про те, що він (вона) _____ атестувався(лася)
(дата)

при _____
(найменування закладу вищої медичної освіти)

і наказом по _____
(найменування закладу вищої медичної освіти)

від "___" _____ 20___ року № _____

йому (їй) присвоєно (підтверджено) звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю

(назва спеціальності згідно з Номенклатурою лікарських спеціальностей)

Дійсний до "___" _____ 20___ року

Керівник закладу вищої медичної освіти _____
(підпис) (П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії _____
(підпис) (П.І.Б.)

М.П.

Місце для
фотографії

Додаток 4
до Порядку проведення
атестації лікарів
(пункт 14 розділу III)

ПОСВІДЧЕННЯ № _____

М.П.

Видане _____

(прізвище,

ім'я, по батькові)

про те, що _____ 20__ року він (вона) проходив(ла)
атестацію в атестаційній комісії при _____

(назва органу охорони здоров'я)

і наказом _____

(назва органу охорони здоров'я)

від _____ 20__ року № _____ йому (їй) присвоєно
(підтверджено) кваліфікаційну категорію зі спеціальності _____

(назва спеціальності відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей)

(категорія)

Керівник органу охорони здоров'я _____

(підпис)

(П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії _____

(підпис)

(П.І.Б.)

М.П.

Дійсне до "___" _____ 20__ року

Продовжено до "___" _____ 20__ року

наказом _____

(назва органу охорони здоров'я)

від "___" _____ 20__ року № _____

Керівник органу охорони здоров'я _____

(підпис)

(П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії _____

(підпис)

(П.І.Б.)