

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ СПЕЦИАЛИСТА**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Сведения об образовании \_\_\_\_\_

(уровень образования, сведения о дополнительном профессиональном образовании,

реквизиты документов об образовании и о квалификации, включая номер и дату выдачи документа об образовании

и о квалификации, наименование организации, выдавшей документ об образовании и о квалификации)

4. Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании \_\_\_\_\_

(интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, переподготовка, повышение квалификации)

Вид образования	Год обучения	Место обучения	Название цикла, курса обучения	Реквизиты документов (номер и дата выдачи). Организация, выдавшая документ

5. Сведения о трудовой деятельности (по записям трудовой книжки и справкам о работе по совместительству)

5.1. с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

5.2. с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

5.3. с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

5.4. с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

5.5. с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Работник отдела кадров и печать отдела кадров организации, работником которой является специалист

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

(М.П.)

6. Стаж работы в учреждениях здравоохранения \_\_\_\_\_

7. Специальность по профилю аттестации \_\_\_\_\_

(в соответствии с действующей номенклатурой)

8. Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_

9. Квалификационная категория по аттестуемой специальности \_\_\_\_\_

(указать категорию и дату присвоения)

10. Квалификационная категория по другим специальностям \_\_\_\_\_  
(указать категорию и специальность)
11. Ученая степень \_\_\_\_\_  
(год присвоения, № диплома)
12. Ученое звание \_\_\_\_\_  
(год присвоения, № диплома)
13. Научные труды (печатные) \_\_\_\_\_  
(количество статей, монографий, наименование научной работы, дата и место публикации)
14. Почетные звания \_\_\_\_\_
15. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах  
\_\_\_\_\_  
(регистрационные номера удостоверений, даты выдачи)
16. Знание иностранного языка \_\_\_\_\_
17. Место работы, рабочий телефон, мобильный телефон: \_\_\_\_\_
18. Почтовый адрес для переписки с аттестационной комиссией \_\_\_\_\_
19. Электронная почта (при наличии) \_\_\_\_\_
20. Характеристика на специалиста (сведения о результативности профессиональной деятельности специалиста, деловых и профессиональных качествах):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Руководитель организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

(М.П.)

дата

21. Заключение аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Республики Башкортостан:

Присвоить/Отказать в присвоении \_\_\_\_\_  
(высшая / первая / вторая)

квалификационную (-ой) категорию (-и)  
по специальности \_\_\_\_\_

(наименование)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(реквизиты протокола заседания Экспертной группы)

Ответственный секретарь

Экспертной группы \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))