*Заполняется на гербовом бланке учреждения*

 Приложение 6

 к Инструкции о порядке и условиях

 проведения профессиональной

 аттестации медицинских,

 фармацевтических и иных работников

 здравоохранения

**КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, учреждение, осуществляющее государственный санитарный надзор )

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата и год рождения) (год окончания учреждения образования)

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование учреждения образования)

6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, № диплома) (квалификация по диплому)

8.Работа по окончании учреждения образования:

с\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, организация)

с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, организация)

с \_\_\_\_\_\_\_\_ по наст. время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, организация)

9. Повышение квалификации, профессиональная подготовка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (где, когда, продолжительность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Ученая степень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11. Ученое звание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Почетное звание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13. Знание языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (какого, владеет свободно, читает и переводит со

 словарем)

14. Участие в научных медицинских обществах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Опубликовано работ\_\_\_\_\_\_\_\_\_Изобретения и др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Претендует на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную категорию

по квалификации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Дата присвоения (подтверждения) предыдущей квалификационной категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный врач

учреждения, осуществляющего

государственный санитарный надзор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

С квалификационным листом ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, инициалы, фамилия)

 (дата)