

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)