

ПАМЯТКА

ДОКУМЕНТЫ

ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В АТТЕСТАЦИОННУЮ КОМИССИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 22.11.2021 № 1083Н

1. Заявление специалиста на имя председателя аттестационной комиссии;
2. Аттестационный лист специалиста, заполненный в печатном виде;
3. Отчет о профессиональной деятельности, лично подписанный специалистом, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации, в т.ч.:
 - справку о прохождении тестового контроля знаний в СГМУ;
 - справку о прохождении тестового контроля знаний - тестировании в ГУЗ «Центр СПИД» (для всех специалистов);
 - справку о прохождении тестового контроля знаний в ГУЗ Саратовской области «Саратовская областная станция переливания крови», либо повышение квалификации по циклу «Трансфузиология» для специалистов хирургического направления.
4. Копии документов:
 - об образовании и (или) о квалификации, действующих сертификатов и (или) свидетельств об аккредитации специалиста (выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста), документов, подтверждающих ученую степень, ученое звание (при наличии), заверенные в соответствии с законодательством РФ;
 - выписку из трудовой книжки и (или) сведения о трудовой деятельности или иной документ, подтверждающий наличие стажа медицинской деятельности или фармацевтической деятельности, предусмотренный законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе, с подтверждением стажа работы по аттестуемой специальности, подписанные руководителем организации и заверенные печатью;
 - справку с места работы об осуществлении медицинской деятельности по заявленной специальности с указанием места работы и стажа работы по специальности - для педагогических и научных работников;
 - копию документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества (в случае изменения фамилии, имени, отчества) (при наличии);

- копию документа о присвоении имеющейся квалификационной категории.
- 5. Документы, составленные на иностранном языке, предоставляются с заверенным переводом на русский язык в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 6. Специалист, имеющий присвоенную квалификационную категорию, представляет документы в адрес аттестационной комиссии не позднее четырех месяцев до окончания ее срока действия лично либо через представителя на основании доверенности, оформленной в соответствии с требованиями гражданского законодательства Российской Федерации.

Документы согласно графику приема принимаются специалистом отдела кадров министерства здравоохранения Саратовской области (г. Саратов, ул. Рабочая, зд. 145/155, помещение 34, кабинет отдела кадров № 613, тел. 67-05-97, 67-05-99)

Образец заявления

ПРЕДСЕДАТЕЛЮ
АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СТЕПЧЕНКОВОЙ Е.А.

(фамилия, имя, отчество специалиста – полностью)

_____,
работающего по специальности

(наименование специальности)

В ДОЛЖНОСТИ _____

(место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную
(указать)
категорию по специальности _____
(указать)

Стаж работы по данной специальности _____ лет.
Квалификационная категория _____
(указать, если имеется)
по специальности _____
(указать)
присвоена « _____ » _____ года.

Согласен(а) на получение и обработку моих персональных данных с целью оценки квалификации и присвоения квалификационной категории.

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне разъяснены.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Контактный телефон _____

Адрес электронной почты _____

(личная подпись)

« _____ » _____ 2022 год

Рекомендуемый образец

Приложение № 1
к Порядку и срокам прохождения
медицинскими работниками и
фармацевтическими работниками
аттестации для получения
квалификационной категории,
утв. Приказом Минздрава РФ
от 22.11.2021 года № 1083н

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ СПЕЦИАЛИСТА

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Дата рождения _____

3. Сведения об образовании : _____

Уровень образования	Сведения о дополнительном профессиональном образовании	Наименование специальности	Реквизиты документа об образовании и о квалификации, включая номер и дату выдачи документа об образовании и квалификации	Наименование организации, выдавшей документ об образовании и о квалификации

4. Сведения о трудовой деятельности (2):

С _____ по _____
(период осуществления трудовой деятельности, должность, наименование организации - адрес местонахождения)

С _____ по _____

С _____ по наст. время _____

Начальник отдела кадров

МП

ФИО

(подпись руководителя (работника) кадровой службы и печать отдела кадров организации, работником которой является специалист) _____ *(фамилия, имя, отчество)*

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях _____ лет

6. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории _____

7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) _____ лет.

8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности), по которой проводится аттестация _____

(квалификационная категория, специальность (должность), по которой она присвоена, дата присвоения)

9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям _____

(квалификационная категория, специальность (должность), по которой она присвоена, дата присвоения)

10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях _____

(присвоенные ученые степени, ученые звания, даты их присвоения)

11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных) _____

(наименование научной работы, дата и место публикации)

12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах

(регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений)

13. Знание иностранного языка _____

14. Место работы и рабочий телефон _____

15. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией _____

16. Электронная почта (при наличии) _____

17. Характеристика на специалиста _____

(Сведения о результативности профессиональной деятельности специалиста,

его деловых и профессиональных качествах)

18. Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить/Отказать в присвоении _____ квалификационную (-ой)
(высшая, первая, вторая)

категорию (-и) по специальности (должности) _____
(наименование специальности (должности))

« _____ » _____ 20__ г. № _____
(реквизиты протокола заседания Экспертной комиссии)

Ответственный секретарь
Экспертной группы

_____ (подпись)

_____ (И.О. Фамилия)

ОБРАЗЕЦ

(ходатайство пропуск срока на аттестацию)

Председателю
областной аттестационной
комиссии министерства
здравоохранения Саратовской
области
Степченковой Е.А.

ХОДАТАЙСТВО

Администрация ГУЗ "_____" ходатайствует о присвоении (ФИО) _____ - должность _____ *высшей* квалификационной категории по специальности « _____ ».

ФИО работает в ГУЗ "_____" с _____ г. Общий стаж работы по специальности « _____ » - _____ лет.

Имел(а) высшую квалификационную категорию по специальности « _____ » от _____ года. Срок переаттестации был пропущен по семейным обстоятельствам (уход за тяжелобольным отцом).

За время работы показала себя грамотным, опытным, квалифицированным специалистом. Постоянно повышает свои теоретические знания. В _____ годах проходила курсы усовершенствования. В работе организована, дисциплинирована, способна принимать ответственные решения.

Администрация ГУЗ "_____" ходатайствует о присвоении (должность) _____ ФИО *высшей* квалификационной категории по специальности « _____ ».

Главный врач ГУЗ « _____ »
М.П.

ФИО

ОБРАЗЕЦ

(ходатайство негосударственных медицинских учреждений)

Председателю
областной аттестационной
комиссии министерства
здравоохранения Саратовской
области
Степченковой Е.А.

ХОДАТАЙСТВО

Администрация ООО «_____» ходатайствует о проведении аттестации в областной аттестационной комиссии министерства здравоохранения Саратовской области сотрудника ООО «_____» _____ (должность, Ф.И.О.)

Ф.И.О. работает в ООО "_____" с _____ г. Общий стаж работы по специальности « _____ » – _____ лет. Указать наличие категории и дату присвоения.

За время работы показал(а) себя грамотным, опытным, квалифицированным специалистом. В работе организован(а), дисциплинирован(а), способна принимать ответственные решения.

Администрация ООО " _____ " ходатайствует о присвоении (должность) _____ Ф.И.О. высшей квалификационной категории по специальности « _____ ».

Главный врач ООО «_____»
М.П.

Ф.И.О.

Рекомендуемый образец

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель учреждения

(должность, название учреждения)

(подпись)

М.П.

(Ф.И.О.)

« _____ » _____ 2022 г.

О Т Ч Е Т
о работе за 2019, 2020, 2021 годы

(ФИО, указывается должность в соответствии с заявленной специальностью)

(полное наименование учреждения в соответствии с зарегистрированным Уставом)

для присвоения квалификационной категории по специальности

(указывается специальность в соответствии с действующей номенклатурой специальностей)