

Председателю
аттестационной комиссии

от _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

работающего по специальности

В должности _____

(место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить (подтвердить) _____ квалификационную
(указать)
категорию по специальности, _____.
(указать)

Стаж работы по данной специальности _____ лет.

Имеется квалификационная категория _____
(указать если имеется)

по специальности _____
(указать при наличии категории)

Присвоена в _____ году.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных, а именно: *фамилия, имя, отчество; дата, место рождения; пол; адрес; профессия, реквизиты документов об образовании, о профессиональной переподготовке, повышении квалификации; сведения о награждении; сведения о трудовой деятельности*, а также иных данных, связанных с прохождением аттестации в целях соблюдения законодательства в сфере защиты персональных данных.

Операторы:

управление здравоохранения Тамбовской области;

ГБУЗ «Тамбовский областной медицинский информационно-аналитический центр».

Мои персональные данные могут использоваться для сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновление, изменение), проверки в целях обеспечения работы аттестационной комиссии управления здравоохранения области.

Согласие дано сроком на 5 лет и вступает в силу со дня его подписания. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

«_____» _____ 20__ г.

(подпись)

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения _____
3. Сведения об образовании _____
(учебное заведение, год окончания)

(специальность по образованию, № диплома, дата выдачи)

4. Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, повышение квалификации):

Вид образования	Наименование цикла, курса обучения	Год обучения	Наименование учебного заведения	Номер и дата выдачи удостоверения

5. Сведения о трудовой деятельности:

Дата начала-окончания работы	Должность	Место работы	Адрес

Начальник отдела кадров _____

М.П. _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество)

6. Стаж работы в медицинских (фармацевтических организациях) _____ лет.

7. Специальность _____
(по профилю аттестации)

8. Стаж работы по данной специальности _____ лет.

9. Квалификационная категория по специальности _____
(указать имеющуюся, год присвоения)

10. Квалификационные категории по другим специальностям

_____ (указать имеющуюся, год присвоения)

11. Ученая степень _____
(год присвоения, № диплома)

12. Ученое звание _____
(год присвоения, № диплома)

13. Научные труды (печатные) _____
(количество статей, монографий и т.д.)

14. Изобретения, рационализаторские предложения, патенты

_____ (регистрационные номера удостоверений, даты выдачи)

15. Знание иностранного языка _____

16. Служебный адрес, телефон _____

17. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации

18. E-mail: _____

19. Характеристика на специалиста:

(указывается результативность деятельности специалиста, деловые и профессиональные качества, врачебные ошибки, приведшие к нежелательным последствиям, знание и использование деонтологических принципов, использование на практике современных достижений медицины и т.д.; разделы специальности, методы, методики, которыми специалист владеет и т.п.)

Руководитель организации _____

М.П. _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество)

21. Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить/отказать в присвоении _____ квалификационной категории по специальности _____, протокол заседания аттестационной комиссии № _____ от _____.

Ответственный секретарь _____

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество)

УТВЕРЖДАЮ

(наименование должности лица,
утверждающего документ)

(подпись) (расшифровка подписи)
«___» _____ 20__ г.

ОТЧЕТ
о работе за 20__ - 20__ годы

(ФИО, указывается должность по основному месту работы)

(полное название учреждения в соответствии с зарегистрированным Уставом)
для присвоения квалификационной категории по специальности

(указывается специальность в соответствии с действующей номенклатурой)