

Додаток 2
до Порядку проведення атестації
працівників сфери охорони здоров'я
(абзац другий пункту 7 розділу I)

Сторінка 1

Сертифікат
про присвоєння / підтвердження професійної
кваліфікації / рівня професійної кваліфікації
у сфері охорони здоров'я

Серія _____

Номер _____

Видано _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Назва професійної кваліфікації _____

за спеціальністю _____
(назва спеціальності відповідно до Номенклатури спеціальностей та професійних кваліфікацій професіоналів та фахівців, які працюють у сфері охорони здоров'я)

Дата видачі _____

Керівник закладу освіти / наукової установи

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (підпис)

Голова атестаційної комісії /
керівник суб'єкта
проведення атестації

_____ (підпис)

_____ МП (за наявності)

Сторінка 2

Відомості про присвоєння професійної кваліфікації

1. Професійну кваліфікацію присвоєно згідно з дипломом про вищу або фахову передвищу освіту (заповнюється у разі присвоєння професійної кваліфікації згідно з дипломом):

_____ (реквізити диплома про вищу або фахову передвищу освіту (серія, номер, дата видачі, найменування закладу, який видав диплом)

2. Професійну кваліфікацію присвоєно рішенням атестаційної комісії за результатами атестації на присвоєння професійної кваліфікації:

_____ (назва закладу вищої або фахової передвищої освіти/наукової установи, при якому / якій утворено атестаційну комісію)

від «__» _____ 20__ року

Керівник закладу освіти /наукової установи

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (підпис)

Строк підтвердження професійної кваліфікації до «__» _____ 20__ року

Голова атестаційної комісії / керівник суб'єкта проведення атестації _____ МП (за наявності)
(підпис)

Сторінка 3-7

Відомості про підтвердження професійної кваліфікації

Професійну кваліфікацію підтверджено «__» _____ 20__ року

Строк наступного підтвердження професійної кваліфікації до «__» _____ 20__ року

Відмовлено у підтвердженні професійної кваліфікації згідно з наказом від «__» _____ 20__ року № ____ (потребує відновлення професійної діяльності з обмеженим доступом до професійної діяльності до її відновлення / без доступу до професійної діяльності до її відновлення*)

_____ (найменування органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації)

Керівник органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (підпис)

Керівник кадрового підрозділу / голова атестаційної комісії

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (підпис)

МП (за наявності)

* Необхідне – підкреслити

Сторінка 8-15		Сторінка 16-17	
Відомості про присвоєння / підтвердження* рівня професійної кваліфікації		Відомості про позачергову атестацію на підтвердження професійної кваліфікації	
<p>1. Присвоєно / підтверджено* рівень професійної кваліфікації</p> <p>_____</p> <p>(назва рівня професійної кваліфікації відповідно до професійного стандарту)</p> <p>« ____ » _____ 20__ року</p> <p>2. Відмовлено у присвоєнні рівня професійної кваліфікації</p> <p>_____</p> <p>(назва рівня професійної кваліфікації відповідно до професійного стандарту)</p> <p>та підтверджено професійну кваліфікацію / рівень професійної кваліфікації _____</p> <p>(назва рівня професійної кваліфікації відповідно до професійного стандарту)</p> <p>« ____ » _____ 20__ року</p> <p>Строк наступної атестації на підтвердження професійної кваліфікації / присвоєння наступного рівня професійної кваліфікації до</p> <p>« ____ » _____ 20__ року</p> <p>3. Відмовлено у присвоєнні рівня професійної кваліфікації</p> <p>_____</p> <p>(назва рівня професійної кваліфікації відповідно до професійного стандарту)</p> <p>згідно з наказом від « ____ » _____ 20__ року № ____</p> <p>(потребує відновлення професійної діяльності з обмеженим доступом до професійної діяльності до її відновлення / без доступу до</p>	<p>професійної діяльності до її відновлення*)</p> <p>_____</p> <p>(найменування органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації)</p> <p>Керівник органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації</p> <p>_____</p> <p>(підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))</p> <p>МП (за наявності)</p> <p>Керівник кадрового підрозділу / голова атестаційної комісії</p> <p>_____</p> <p>(підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))</p> <p>* Необхідне – підкреслити</p>	<p>Направлено на позачергову атестацію згідно з наказом від « ____ » _____ 20__ року № ____ (потребує відновлення професійної діяльності з обмеженим доступом до професійної діяльності до її відновлення / без доступу до професійної діяльності до її відновлення*)</p> <p>_____</p> <p>(найменування органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації)</p> <p>Керівник органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації</p> <p>_____</p> <p>(підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))</p> <p>МП (за наявності)</p> <p>Керівник кадрового підрозділу / голова атестаційної комісії</p> <p>_____</p> <p>(підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))</p> <p>* Необхідне – підкреслити</p>	<p>_____</p> <p>(найменування органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації)</p> <p>Керівник органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації</p> <p>_____</p> <p>(підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))</p> <p>МП (за наявності)</p> <p>Керівник кадрового підрозділу / голова атестаційної комісії</p> <p>_____</p> <p>(підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))</p> <p>* Необхідне – підкреслити</p>

Сторінка 18

Додаткові відомості

За заявою власника цього сертифіката до нього перенесено
відомості з документів _____

на сторінки _____

цього сертифіката.

Керівник органу / організації / суб'єкта господарювання,
який є суб'єктом проведення атестації

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

МП (за наявності)

Керівник кадрового підрозділу / голова атестаційної комісії

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Сторінка 19

Додаткові відомості

За заявою власника цього сертифіката до нього перенесено
відомості з документів _____

на сторінки _____

цього сертифіката.

Керівник органу / організації / суб'єкта господарювання,
який є суб'єктом проведення атестації

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

МП (за наявності)

Керівник кадрового підрозділу / голова атестаційної комісії

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Сторінка 20

Відомості про позачергову атестацію на підтвердження професійної кваліфікації

Направлено на позачергову атестацію згідно з наказом від « ___ » _____ 20__ року № ___ (потребує відновлення професійної діяльності з обмеженим доступом до професійної діяльності до її відновлення / без доступу до професійної діяльності до її відновлення*)

_____ (найменування органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації)

Керівник органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

МП (за наявності)

Керівник кадрового підрозділу / голова атестаційної комісії

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

* Необхідне – підкреслити

Сторінка 21

Відомості про видання нового сертифіката

Видано новий сертифікат серія ___ № _____

Дата видачі _____

Керівник закладу освіти / наукової установи _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Голова атестаційної комісії / керівник суб'єкта проведення атестації _____ (підпис)

МП (за наявності)

Примітки.

1. Цей сертифікат заповнюється відповідним суб'єктом проведення атестації за результатами атестації на присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації.

2. За заявою працівника сфери охорони здоров'я до сертифікату можуть бути перенесені дані з сертифіката лікаря-спеціаліста, фармацевта / провізора-спеціаліста, спеціаліста, посвідчення про кваліфікаційну категорію, які були видані до набрання чинності наказу, яким затверджено Порядок проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я. Таке перенесення засвідчується суб'єктом проведення атестації (підпис керівника кадрового підрозділу / голови атестаційної комісії та підпис керівника органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації, печаткою цього органу / організації / суб'єкта господарювання (за наявності)) під час атестації працівника на підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації або присвоєння рівня професійної кваліфікації.

3. Після отримання нового сертифіката, відомості про який містяться на цій сторінці, цей сертифікат вважається таким, що втратив чинність.