

Додаток 3  
до Порядку проведення атестації  
працівників сфери охорони  
здоров'я  
(підпункт 1 пункту 1 розділу III)

**Атестаційний листок**

1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)

\_\_\_\_\_

2. Рік народження \_\_\_\_\_

3. Освіта

\_\_\_\_\_

(найменування закладу освіти,

\_\_\_\_\_

освітня та професійна кваліфікація та/або спеціалізація, рік закінчення)

4. Місце роботи (за наявності) (повна назва організації / суб'єкта господарювання / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця, код згідно з ЄДРПОУ (для юридичних осіб) або реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичних осіб) або серію (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
що провадить господарську діяльність з медичної практики / банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії, виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами на підставі ліцензії від \_\_\_\_\_ серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ (за наявності) / рішення про видачу ліцензії, затвердженого наказом МОЗ від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

5. Займана посада на час атестації \_\_\_\_\_

6. Кількість балів безперервного професійного розвитку

\_\_\_\_\_

(за період з часу попередньої атестації)

7. Стаж роботи за спеціальністю \_\_\_\_\_

**Рішення суб'єкта проведення атестації**

Суб'єкт проведення атестації \_\_\_\_\_

(найменування організації / суб'єкта господарювання)

**прийнято рішення:  
присвоїти (підтвердити)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(назва професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації)

за спеціальністю \_\_\_\_\_

(назва спеціальності згідно з \_\_\_\_\_)

Номенклатурою спеціальностей / профілів роботи за спеціальностями та відповідних їм професійних кваліфікацій / посад працівників сфери охорони здоров'я

**відмовити у присвоєнні (підтвердженні)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(назва професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації)

за спеціальністю \_\_\_\_\_

(назва спеціальності згідно з \_\_\_\_\_)

Номенклатурою спеціальностей / профілів роботи за спеціальностями та відповідних їм професійних кваліфікацій / посад працівників сфери охорони здоров'я

**скасувати рішення від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_**  
причина скасування

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**провести (не проводити) позачергову атестацію**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендації щодо відновлення професійної діяльності

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Голова комісії	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))
Члени комісії:	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))
	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))
	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_