

НАЗВА УПОВНОВАЖЕНОГО ОРГАНУ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я/NAME OF HEALTH AUTHORITY

Дата видачі / Date of issue

ДОВІДКА/CERTIFICATE Nr. _____
про освіту, кваліфікацію та професійний досвід працівника сфери охорони
здоров'я /of education, qualification and professional experience of a health
care worker

Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) (Name and surname)	
Дата та рік народження (Date of birth)	
Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України або номер посвідки на постійне або тимчасове проживання (для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах) (Passport No.)	
Громадянство (Citizenship)	
Стать (Sex)	
Найменування закладу вищої освіти, випускником якого є працівник, здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в дипломі, серія, номер та дата видачі диплому про освіту (Name of professional pre-higher or higher education institution a health care worker graduated from, educational degree, specialty and qualification in the diploma, series, number and date of issue of the diploma of education)	
Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти (місце проходження очної частини підготовки в інтернатурі), спеціальність в інтернатурі, номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста (Name of institution of higher or postgraduate education (place of educational training in internship), name of health care institution (place of practical training in internship), specialty in internship (primary specialization), number, date of issue and validity of the specialist's certificate)	
Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти (місце проходження вторинної спеціалізації), спеціальність після проходження циклу вторинної спеціалізації, номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста (Name of institution of higher or postgraduate education (place of traineeship or secondary specialization training), specialty after traineeship or secondary specialization, number, date of issue and validity of the specialist certificate)	
Наявність кваліфікаційної категорії за спеціальністю, номер, дата видачі та строк дії посвідчення про кваліфікаційну категорію (Qualification category by	

specialty, number, date of issue and validity of the certificate of qualification category)	
Найменування закладу освіти, на базі якого працівник за останній час проходив тематичне удосконалення, рік проходження циклу тематичного удосконалення (Name of institution of higher or postgraduate education (place of last thematic improvement training), name of thematic improvement cycle, number and date of issue of certificate of advanced training)	
Назва та рік проведення заходу безперервного професійного розвитку, в якому працівник за останній час брав участь (Name of last event of continuous professional development in which he participated, number and date of issue of the participant's certificate)	
Загальний стаж роботи за фахом після закінчення закладу освіти (Total work experience in the specialty)	
Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник до виїзду з України, найменування посади, яку займав працівник до виїзду з України (Name and address of health care institution – place of work before leaving Ukraine, job title)	
Найменування професійної громадської організації медичного профілю, членом якої є працівник (Name of professional non-governmental organization of which the health care worker is a member, year of membership)	
Відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам, визначеним у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я, затвердженому наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117 (Compliance with the uniform qualification requirements defined in the Handbook of qualification characteristics of employees' professions. Issue 78. Health care, approved by order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 29, 2002 No. 117)	

(найменування посади відповідального верифікатора/ the job title of the responsible verifier)

(підпис)
(signature)

(власне ім'я та прізвище)
(name and surname)

(найменування посади керівника уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я/ the job title of the head of the health authority)

(підпис)
(signature)

(власне ім'я та прізвище)
(name and surname)

(адреса, номер телефону, адреса електронної пошти, веб-сайт уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я/
address, telephone number, e-mail, website of the health authority)