

**ПРИКАЗ**

29.05.2018

№ 355

г. Вологда

**О внесении изменений  
в приказ департамента здравоохранения области  
от 7 июня 2017 года № 249**

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

Внести изменения в административный регламент предоставления государственной услуги по аттестации медицинских и фармацевтических работников, имеющих высшее образование и осуществляющих медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность, для присвоения им квалификационной категории, утвержденный приказом департамента здравоохранения области от 7 июня 2017 года № 249, следующие изменения:

1. Подпункт в) пункта 2.7 раздела II изложить в следующей редакции:

«в) отчет о профессиональной деятельности, содержащий анализ профессиональной деятельности заявителя за 3 года работы, лично подписанный заявителем, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации (при наличии), осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является заявитель, по образцу согласно приложению 4 к настоящему административному регламенту;»;

2. Приложение 3 к административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

3. Приложение 4 к административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

Начальник департамента



И.Н. Маклаков

Приложение 1  
к приказу департамента  
здравоохранения области  
от 29.05.2018 № 355  
«Приложение 3  
к административному регламенту

Форма

## АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Название организации и занимаемая должность \_\_\_\_\_

4. Сведения об образовании:

\_\_\_\_\_ (учебное заведение, год окончания)

\_\_\_\_\_ (специальность по образованию, № диплома, дата выдачи)

5. Сведения о дополнительном профессиональном образовании (интернатура, профессиональная переподготовка, клиническая ординатура, аспирантура; повышение квалификации за последние 5 лет)

Вид образования	Месяц, год обучения	Место обучения	Название цикла, курса обучения

6. Сведения о трудовой деятельности:

Месяц и год		Должность, структурное подразделение	Наименование организации
поступления	ухода		

7. Стаж работы в медицинских и фармацевтических организациях \_\_\_\_\_ лет

8. Специальность (должность) по профилю аттестации \_\_\_\_\_

9. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) \_\_\_\_\_ лет

10. Квалификационная категория по специальности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать имеющуюся, год присвоения и подтверждения)

11. Квалификационные категории по другим специальностям \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать: высшая, первая, вторая)

М.П. (при наличии)

Дата \_\_\_\_\_ Начальник отдела кадров \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись (Ф.И.О.)

12. Сведения об ученых степенях и ученых званиях \_\_\_\_\_  
(указать степень, звание, дату присвоения)

13. Сведения об имеющихся научных трудах \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(указать сведения только о печатных научных работах, включая наименование, дату и место публикации)

14. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах

\_\_\_\_\_  
(указать регистрационный номер и дату выдачи соответствующих удостоверений)

15. Служебный адрес, рабочий телефон: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией: \_\_\_\_\_

17. Электронная почта (при наличии) \_\_\_\_\_

18. Характеристика на специалиста: \_\_\_\_\_  
(сведения о результативности профессиональной деятельности,

его деловых и профессиональных качествах (ответственность, требовательность,

объем и уровень умений, практических навыков,

знание и использование деонтологических принципов и т.д.)

М.П. (при наличии)

Руководитель организации \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

19. 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 группы)

Ответственный секретарь  
экспертной группы

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 2  
к приказу департамента  
здравоохранения области  
от 29.05.2018 № 355  
«Приложение 4  
к административному регламенту

Образец

**УТВЕРЖДАЮ**

Руководитель организации

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.(при наличии) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ОТЧЕТ О РАБОТЕ за 20\_\_ год**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., указывается должность в соответствии с записью в трудовой книжке,

\_\_\_\_\_  
полное название учреждения)

**для присвоения квалификационной категории по специальности**

\_\_\_\_\_  
(указывается специальность в соответствии с действующей номенклатурой специальностей)

**Основные разделы отчета:**

- характеристика медицинской организации;
- характеристика структурного подразделения, обслуживаемого контингента, в том числе демографические показатели;
- кадровые показатели (укомплектованность, повышение квалификации, сертификация, аттестация и т.д.), участие в подготовке ординаторов, среднего медицинского и фармацевтического персонала;
- анализ производственных показателей аттестуемого за 3 последних календарных года в сравнении с показателями по области, городу, району, учреждению; профессиональные навыки, которыми владеет аттестуемый;
- профилактическая работа;
- организационно-методическая работа;
- внедрение новых технологий, методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики заболеваний, лекарственного обеспечения и др.;
- занятие научной работой, защита кандидатской диссертации (дата, тема), опубликованные статьи в журналах, сборниках (дата, тема, название журнала);
- предложения по улучшению своей работы и дальнейшие перспективы развития на основании выводов данного отчета (предложения должны быть реальными в сфере компетенции специалиста).

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (личная подпись)

**СОГЛАСОВАНО**

Руководитель структурного  
подразделения

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)