

ПРИКАЗ

29.05.2018

№ 356

г. Вологда

**О внесении изменений
в приказ департамента здравоохранения области
от 7 июня 2017 года № 250**

ПРИКАЗЫВАЮ:

Внести изменения в административный регламент предоставления государственной услуги по аттестации медицинских и фармацевтических работников, имеющих среднее медицинское и (или) фармацевтическое образование, для присвоения им квалификационной категории, утвержденный приказом департамента здравоохранения области от 7 июня 2017 года № 250, 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 год 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 № 356
«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.)

Главная медицинская сестра _____
(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 № 356
«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)

1. Краткая характеристика места работы, объем выполняемой работы (с показателями работы):
2. Перечень профессиональных навыков, которыми владеет специалист:
3. Участие в санитарно-просветительной работе
4. Повышение профессионального уровня
5. Участие в работе профессиональной ассоциации
6. Предложения по улучшению работы (на основании выводов данного отчета) реальные, в сфере компетенции работника

Дата _____

(личная подпись)

СОГЛАСОВАНО

Руководитель структурного
подразделения_____
(подпись)_____
(Ф.И.О.)

Старшая медицинская сестра

(подпись)_____
(Ф.И.О.)

».