# Специалисты, изъявившие желание пройти аттестацию для получения квалификационной категории, представляют в аттестационную комиссию

**следующие документы1:**

1. **Заявление** на имя председателя аттестационной комиссии, в котором указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста, квалификационная категория, на которую он претендует, наличие или отсутствие ранее присвоенной квалификационной категории, дата ее присвоения, согласие на получение и обработку персональных данных с целью оценки квалификации, личная подпись специалиста и дата (**приложение №1**);
2. Заполненный в печатном виде **Аттестационный лист**, заверенный отделом кадров организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист и подписанный руководителем и заверенный печатью организации (приложение №2);
3. **Отчет\*** о профессиональной деятельности, лично подписанный специалистом, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист (отчет должен содержать анализ профессиональной деятельности за последние три года работы (на дату подачи документов) - для специалистов с высшим профессиональным образованием, включая описание выполненных работ, данные о рационализаторских предложениях и патентах, выводы специалиста о своей профессиональной деятельности, предложения по ее совершенствованию);
4. Копия\*\* документа о высшем образовании (диплом);
5. Копия\*\*документа об обучении в интернатуре/ординатуре (при наличии);

1 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2021г. N 1083н "О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории"

1. Копия\*\* документа о профессиональной переподготовке (при наличии);
2. Копия\*\* документа о повышении квалификации (последнего по специальности, при наличии);
3. Копия\*\* сертификата специалиста (последнего по специальности);
4. Копия\*\* трудовой книжки (заверенная в отделе кадров с датой, печатью и записью «Работает по настоящее время в должности врача-специалиста»;
5. Копия\*\* документа об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии); 11.Копия\*\* документа о присвоении имеющейся квалификационной категории

(при наличии);

1. Копия\*\* удостоверения личности (паспорт);
2. В случае наличия документов, выданных на территории иностранного государства и оформленных на иностранном языке, специалист представляет заверенный в установленном порядке перевод документов на русский язык (при наличии приложить подтверждение соответствия диплома специалиста (нострификация) и при наличии подтверждение удостоверения (диплома) об окончании интернатуры/ординатуры);

\*В случае отказа руководителя организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, в согласовании отчета специалисту выдается письменное разъяснение руководителя организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, о причинах отказа, которое прилагается к заявлению на получение квалификационной категории.

# \*\*Копии документов об образовании и квалификации заверяются по месту работы в отделе кадров или нотариально

**ПОРЯДОК И СРОКИ**

**ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ РАБОТНИКАМИ АТТЕСТАЦИИ**

**ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ**

**Аттестация проводится один раз в пять лет**. Присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении.

* 1. Специалисты могут претендовать **на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через два года** со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории.
  2. Специалист, претендующий на получение **второй квалификационной категории**, должен:

иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности;

использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;

ориентироваться в современной научно-технической информации, владеть навыками анализа количественных и качественных показателей работы, составления отчета о работе;

## иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее трех лет.

* 1. Специалист, претендующий на получение **первой квалификационной категории**, должен:

иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности и смежных дисциплин;

использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;

уметь квалифицированно провести анализ показателей профессиональной деятельности и ориентироваться в современной научно-технической информации;

участвовать в решении тактических вопросов организации профессиональной деятельности;

## иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее пяти лет.

* 1. Специалист, претендующий на получение **высшей квалификационной категории**, должен:

иметь высокую теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности, знать смежные дисциплины;

использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;

уметь квалифицированно оценить данные специальных методов исследования с целью установления диагноза;

ориентироваться в современной научно-технической информации и использовать ее для решения тактических и стратегических вопросов профессиональной деятельности;

**иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее семи лет**.

**ПРИЛОЖЕНИЕ №1**

Председателю аттестационной комиссии Министерства здравоохранения

Московской области

(фамилия, имя, отчество) от , (наименование занимаемой должности

в соответствии с записью в трудовой книжке - в родительном падеже)

(наименование учреждения, в котором специалист занимает данную должность)

(фамилия, имя, отчество полностью -в родительном падеже)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу аттестовать меня на квалификационную (указать, какую – вторую, первую, высшую)

категорию по специальности . (указать наименование специальности)

Стаж моей работы по аттестуемой специальности лет. Имею квалификационную категорию по специальности

,

(указывается при наличии категории - наименование специальности и степень категории)

присвоена приказом

(наименование органа, издавшего приказ, номер и дата)

Квалификационной категории не имею, ранее не аттестован (указывается при отсутствии категории).

Даю согласие на обработку моих персональных данных, необходимую для проведения аттестации и информирования о ее результатах.

(личная подпись)

«\_ » 20\_\_ г.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**

# АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ СПЕЦИАЛИСТА

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З. Сведения об образовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(уровень образования, сведения о дополнительном профессиональном

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

образовании, реквизиты документов об образовании и о квалификации, включая номер и дату выдачи документа об

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

образовании и о квалификации, наименование организации, выдавшей документ об образовании и о квалификации)

4. Сведения о трудовой деятельности

с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(период осуществления трудовой деятельности, должность, наименование организации - работодателя, адрес

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в пределах места нахождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(подпись работника кадровой службы и печать отдела кадров организации, работником которой является специалист)**

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет

6. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет

8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности), по которой проводится аттестация (квалификационная категория,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специальность (должность), по которой она присвоена, дата присвоения)

9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям

(должностям) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(квалификационная категория, специальность (должность), по которой она присвоена, дата присвоения)

1. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(присвоенные ученые степени, ученые звания, даты их присвоения)

1. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование научной работы, дата и место публикации)

1. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений)

1. Знание иностранного языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Место работы и рабочий телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Электронная почта (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Характеристика на специалиста: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сведения о результативности профессиональной деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специалиста, деловых и профессиональных качествах)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Подпись руководителя и печать организации, работником которой является специалист.

1. 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 комиссии)

Ответственный секретарь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Экспертной группы подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

2 Заполняется в печатном виде (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.11.2021г. № 1083н)

**ПРОТОКОЛ №**

Дата, место проведения

заседания Экспертной группы Номер протокола

ПРОТОКОЛ

заседания Экспертной группы аттестационной комиссии (указывается вид: центральная, ведомственная, территориальная)

(наименование органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию)

по специальности

(наименование специальности)

Председательствовал

(И.О. Фамилия)

Ответственный секретарь

(И.О. Фамилия)

Присутствовали:

Члены Экспертной группы:

(И.О. Фамилия)

(И.О. Фамилия)

(И.О. Фамилия)

Повестка дня:

Об аттестации

(должность, И.О. Фамилия специалиста)

Заключение Экспертной группы по отчету о профессиональной деятельности

специалиста

Результат тестирования:

Наименование тестовой программы

Результат выполнения тестовых заданий %

Результаты собеседования: \_

Решение:

Присвоить/Отказать в присвоении квалификационную(-ой) (высшая, первая, вторая)

категорию(-и) по специальности (должности)

(наименование специальности (должности))

Принято открытым голосованием: за , против .

Наличие особого мнения члена Экспертной группы

Председатель Экспертной группы подпись И.О. Фамилия Члены Экспертной группы подпись И.О. Фамилия Ответственный секретарь

Экспертной группы подпись И.О. Фамилия