

Председателю Экспертной группы  
аттестационной комиссии КЗ ЛО

при \_\_\_\_\_  
(название ЭГ)

\_\_\_\_\_  
(И.О.Фамилия председателя)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

работающего(ей) по специальности

\_\_\_\_\_  
(наименование специальности)

в должности

\_\_\_\_\_  
(наименование должности)

\_\_\_\_\_  
(отделение)

\_\_\_\_\_  
(наименование ЛПО ЛО)

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_ квалификационную категорию

по специальности \_\_\_\_\_

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_ лет

Квалификационная категория \_\_\_\_\_

по специальности \_\_\_\_\_

присвоена \_\_\_\_\_  
(год и месяц последней аттестации)

Даю согласие на получение и обработку персональных данных с целью оценки  
квалификации.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

«УТВЕРЖДАЮ»

Руководитель

главный врач

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ОТЧЕТ

о работе за \_\_\_\_\_ год

---

(Ф.И.О.)

---

(должность)

---

(отделение)

---

(наименование ЛПО)

для присвоения \_\_\_\_\_ квалификационной категории

по специальности \_\_\_\_\_

---

(Наименование медицинской организации ( полностью))

---

(специальность)

## АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Сведения об образовании (указываются уровень имеющегося образования (среднее, высшее, послевузовское или дополнительное профессиональное образование), тематика курса повышения квалификации или профессиональной переподготовки (для сведений о дополнительном профессиональном образовании), наименование присвоенной специальности, номер и дата выдачи документа об образовании, наименование организации, выдавшей документ об образовании): **среднее профессиональное, медицинское училище №9, 02 июля 1979, ВТ № 481939, г. Ленинград, медицинская сестра.**

**Повышение квалификации - цикл «сестринское дело в терапии», ГБПОУ ЛОМТ, удостоверение №211, 04.03.2013; Сертификат – специальность «сестринское дело», ГБПОУ ЛОМТ, А № 1513693, 04.03.2013. – (это образцы)**

4. Сведения о трудовой деятельности (указываются даты начала и окончания трудовой деятельности в соответствующей должности, наименование организации-работодателя, ее местонахождение)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
(должность, наименование организации, местонахождение)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
(должность, наименование организации, местонахождение)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
(должность, наименование организации, местонахождение)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
(должность, наименование организации, местонахождение)

**Начальник отдела кадров**

(подпись, печать учреждения)

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях \_\_\_\_ года.
6. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории \_\_\_\_\_
7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) \_\_\_\_\_ года.
8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности) (указываются имеющаяся квалификационная категория, наименование специальности (должности), по которой она присвоена, и дата и год ее присвоения), по которой проводится аттестация **вторая, сестринское дело, 21.03.2016, приказ №280-р, КЗ ЛО (образец)**
9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям (должностям) (указываются имеющаяся квалификационная категория, наименование специальности (должности), по которой она присвоена, и дата и год ее присвоения) \_\_\_\_\_
10. Сведения об имеющихся учёных степенях и учёных званиях (указываются имеющиеся ученые степени, ученые звания и даты их присвоения.) \_\_\_\_\_
11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных)(указываются сведения только о печатных научных работах, включая наименование научной работы, дату и место публикации.) \_\_\_\_\_
12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах (указываются регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений)  
\_\_\_\_\_
13. Знание иностранного языка \_\_\_\_\_
14. Служебный адрес и рабочий телефон (обязательно)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Почтовый адрес для осуществления пересылки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией \_\_\_\_\_
16. Электронная почта (при наличии), мобильный телефон (обязательно):  
\_\_\_\_\_
17. Характеристика на специалиста: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Главный врач

(подпись, печать учреждения)

18. Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить / Отказать в присвоении \_\_\_\_\_ квалификационную (-ой)

(высшая, первая, вторая)

категорию (-и) по специальности (должности)

\_\_\_\_\_

(наименование специальности (должности))

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г, № \_\_\_\_\_

(указываются реквизиты протокола заседания Экспертной комиссии, на котором принималось решение о присвоении специалисту квалификационной категории.)

Ответственный секретарь Экспертной группы

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись/

ФИО