

Наименование организации _____

(полное наименование организации в соответствии с Уставом)

Специальность _____

(в соответствии с действующей номенклатурой)

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Сведения об образовании _____

Уровень образования, сведения о дополнительно 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, название курса (цикла) обучения

4. Сведения о наличии сертификата специалиста и (или) о прохождении аккредитации _____

(по профилю аттестации)

5. Сведения о трудовой деятельности

Период осуществления трудовой деятельности (число, месяц, год)	Наименование должности, структурного подразделения	Наименование организации - работодателя, место нахождения
с _____ по _____		

6. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях _____ лет

7. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории _____

8. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) _____ лет

9. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности), по которой проводится аттестация _____

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

10. Сведения об имеющейся квалификационной категории по иным специальностям (должностям) _____

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

11. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях _____

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

12. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных) _____

(наименование научной работы, даты и места публикации)

13. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах _____

(регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений)

14. Знание иностранного языка _____

15. Место работы и рабочий телефон _____

16. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с Аттестационной комиссией _____

17. Электронная почта (E-mail) _____

Подпись руководителя кадровой службы и печать отдела кадров организации, работником которой является специалист

(Ф.И.О., полностью)

(подпись)

Место печати
отдела кадров

