

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ФИО полностью
2. Дата рождения дата рождения
3. Сведения об образовании Оренбургский областной медицинский колледж, диплом СБ 1082224, выдан 12.11.2001
4. Сведения о трудовой деятельности:
с 10.12.2001 по 07.10.2005 медсестра хирургического отделения ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Оренбург
(должность, наименование организации, местонахождение)
с 01.03.2006 по 31.08.2017 палатная медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации МБУЗ «Муниципальная городская клиническая инфекционная больница», г. Оренбург
(должность, наименование организации, местонахождение)
с 03.12.2017 по наст.время медицинская сестра-анестезистка отделения анестезиологии-реанимации ГБУЗ СО «ЦГКБ№6 город Екатеринбург
(должность, наименование организации, местонахождение)

Работник кадровой службы _____
МП (фамилия, имя, отчество)

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях 23 года.
6. Наименование специальности, по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории Анестезиология и реаниматология
7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) 15 лет.
8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности) по которой проводится аттестация высшая
9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям (должностям) не имею
10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях не имею
11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных) не имею
12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах
не имею
13. Знание иностранного языка нет
14. Служебный адрес и рабочий телефон г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной д.34, тел. рабочий
15. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией домашний адрес
16. Электронная почта (при наличии): свой адрес электронной почты
17. Характеристика на специалиста и рекомендация о присвоении (подтверждении) квалификационной категории Краткая характеристика на сотрудника

ФИО полностью. рекомендуется для присвоения высшей квалификационной категории по специальности «анестезиология-реаниматология».

Главный врач _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Главная медицинская сестра _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

18. Заключение аттестационной комиссии:

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

категорию(-и) по специальности (должности) _____
(наименование специальности (должности))

« ____ » _____ 20__ г. № _____

Ответственный секретарь
Экспертной группы _____
(подпись) (Ф.И.О.)

***красным цветом выделены те данные, которые вы должны заменить на собственные**