

## АТЕСТАЦІЙНИЙ ЛИСТОК

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_
2. Рік народження \_\_\_\_\_
3. Освіта \_\_\_\_\_  
(найменування закладу вищої освіти, факультет,  
\_\_\_\_\_ рік закінчення)
4. Місце роботи \_\_\_\_\_
5. Займана посада на час атестації \_\_\_\_\_
6. Кількість балів безперервного професійного розвитку \_\_\_\_\_  
(за період з моменту попередньої атестації)
7. Стаж роботи за спеціальністю \_\_\_\_\_

### Рішення атестаційної комісії

Атестаційна комісія при \_\_\_\_\_  
(найменування органу охорони здоров'я  
\_\_\_\_\_ або закладу вищої медичної освіти)  
вирішила присвоїти (підтвердити) гр. \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)  
\_\_\_\_\_ (звання лікаря-спеціаліста, назва категорії)  
за спеціальністю \_\_\_\_\_  
(назва спеціальності  
\_\_\_\_\_ відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей)

Голова комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

Члени комісії: \_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)  
\_\_\_\_\_ (підпис) (П.І.Б.)  
\_\_\_\_\_ (підпис) (П.І.Б.)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року

Додаток 2  
до Порядку проведення  
атестації лікарів  
(пункт 3 розділу II)

**ОСОБИСТЕ ОСВІТНЄ ПОРТФОЛІО З РЕЗУЛЬТАТАМИ  
ПРОХОДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ**

за \_\_\_\_\_ рік

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Місце роботи \_\_\_\_\_

Займана посада \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

№ з/п	Вид діяльності	Місце проведення	Дата/ тривалість	Кількість балів

Відомості щодо персональних досягнень

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

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(керівник закладу охорони здоров'я)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

М.П.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Місце для  
фотографії

**СЕРТИФІКАТ ЛІКАРЯ-СПЕЦІАЛІСТА № \_\_\_\_\_**

М.П.

Видано \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

про те, що він (вона) \_\_\_\_\_ атестувався(лася)  
(дата)

при \_\_\_\_\_  
(найменування закладу вищої медичної освіти)

і наказом по \_\_\_\_\_  
(найменування закладу вищої медичної освіти)

від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року № \_\_\_\_\_

йому (їй) присвоєно (підтверджено) звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю  
\_\_\_\_\_  
(назва спеціальності згідно з Номенклатурою лікарських спеціальностей)

Дійсний до "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року

Керівник закладу вищої медичної освіти \_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

М.П.

Місце для  
фотографії

Додаток 4  
до Порядку проведення  
атестації лікарів  
(пункт 14 розділу III)

**ПОСВІДЧЕННЯ № \_\_\_\_\_**

М.П.

Видане \_\_\_\_\_

(прізвище,

ім'я, по батькові)

про те, що \_\_\_\_\_ 20\_\_ року він (вона) проходив(ла)  
атестацію в атестаційній комісії при \_\_\_\_\_

(назва органу охорони здоров'я)

і наказом \_\_\_\_\_

(назва органу охорони здоров'я)

від \_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_\_ йому (їй) присвоєно  
(підтверджено) кваліфікаційну категорію зі спеціальності \_\_\_\_\_

(назва спеціальності відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей)

(категорія)

Керівник органу охорони здоров'я \_\_\_\_\_

(підпис)

(П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії \_\_\_\_\_

(підпис)

(П.І.Б.)

М.П.

Дійсне до "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Продовжено до "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

наказом \_\_\_\_\_

(назва органу охорони здоров'я)

від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_\_

Керівник органу охорони здоров'я \_\_\_\_\_

(підпис)

(П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії \_\_\_\_\_

(підпис)

(П.І.Б.)