

**ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_**  
**засідання атестаційної комісії від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.**

Комісія у складі:

| _____    | _____                                                  |
|----------|--------------------------------------------------------|
| (посада) | (Прізвище, власне ім'я, по батькові<br>(за наявності)) |
| _____    | _____                                                  |
| _____    | _____                                                  |
| _____    | _____                                                  |

на підставі наказу МОЗ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_ провела  
\_\_\_\_\_ атестацію \_\_\_\_\_  
(первинну, періодичну, позачергову - необхідне зазначити)

\_\_\_\_\_ (найменування формування служби медицини катастроф)

Під час проведення атестації встановлено: \_\_\_\_\_

Зауваження: \_\_\_\_\_

На підставі викладеного атестаційна комісія прийняла рішення про те, що \_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_ (найменування формування служби медицини катастроф )

відповідає вимогам і атестується для проведення організації та забезпечення надання екстреної медичної допомоги постраждалим безпосередньо в зоні надзвичайної ситуації та інші невідкладні роботи згідно з такими кодами: \_\_\_\_\_

Голосів: "за" \_\_\_\_\_, "проти" \_\_\_\_\_, "утрималося" \_\_\_\_\_.

Наступну атестацію буде проведено в \_\_\_\_\_ 20\_\_ року;  
(назва місяця)

не відповідає вимогам \_\_\_\_\_  
(зазначаються причини непроходження атестації)

Рекомендації \_\_\_\_\_

Позачергова атестація призначається на \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Голова атестаційної комісії

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(Власне ім'я та прізвище)

Секретар атестаційної комісії

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Члени атестаційної комісії

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(Власне ім'я та прізвище)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_