

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ
до проєкту постанови Кабінету Міністрів України
«Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2023 р. № 149 та від 29 березня 2024 р. № 358»

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта
Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2023 р. № 149 «Про затвердження Порядку проведення верифікації інформації про освіту, кваліфікацію та професійний досвід медичних, фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров'я»	
Про затвердження Порядку проведення верифікації інформації про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід медичних, фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров'я</i>	Про затвердження Порядку проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров'я
Кабінет Міністрів України постановляє: Затвердити Порядок проведення верифікації інформації про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід медичних, фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров'я</i> , що додається.	Кабінет Міністрів України постановляє: Затвердити Порядок проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров'я.
Порядок проведення верифікації інформації про освіту, кваліфікацію та професійний досвід медичних, фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2023 р. № 149	
ПОРЯДОК проведення верифікації інформації про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід медичних,</i>	ПОРЯДОК проведення верифікації інформації про професійну

<i>фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров'я</i>	кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров'я
Загальна частина 1. Цей Порядок визначає механізм проведення верифікації інформації про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід</i> (далі - <i>інформація про освіту</i>) <i>медичних, фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров'я, які працевлаштовуються за кордоном.</i>	Загальна частина 1. Цей Порядок визначає механізм проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію (далі - інформація про професійну кваліфікацію) працівників сфери охорони здоров'я, які працевлаштовуються за кордоном.
2. Дія цього Порядку поширюється на <i>медичних, фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров'я (фахівців з реабілітації, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я)</i> - громадян України, а також іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах (навчалися та/або працювали), які працевлаштовуються за кордоном, у тому числі тих, які виїхали з України у період воєнного стану (далі - <i>працівники сфери охорони здоров'я</i>).	2. Дія цього Порядку поширюється на працівників сфери охорони здоров'я - громадян України, а також іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах (навчалися та/або працювали), які працевлаштовуються за кордоном, у тому числі тих, які виїхали з України у період воєнного стану (далі - працівники сфери охорони здоров'я).
3. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні: верифікація інформації про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід</i> працівників сфери охорони здоров'я - збір і перевірка достовірності документів	3. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні: верифікація інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров'я - збір і перевірка

про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід</i> працівників сфери охорони здоров'я; відповідальний верифікатор - посадова особа МОЗ, іншого центрального органу виконавчої влади, обласної, Київської міської військових адміністрацій, інших уповноважених органів управління закладу охорони здоров'я (далі - уповноважений орган управління закладу охорони здоров'я), яка проводить збір і перевірку інформації про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід</i> працівників сфери охорони здоров'я.	достовірності документів про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров'я; відповідальний верифікатор - посадова особа МОЗ, іншого центрального органу виконавчої влади, обласної, Київської міської військових адміністрацій, інших уповноважених органів управління закладу охорони здоров'я (далі - уповноважений орган управління закладу охорони здоров'я), яка проводить збір і перевірку інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров'я.
Подання заяви про верифікацію інформації про <i>освіту</i> працівника сфери охорони здоров'я 4. Працівник сфери охорони здоров'я звертається до уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я, в якому працівник сфери охорони здоров'я працював до виїзду з України, із заявою про верифікацію інформації про <i>освіту</i> такого працівника (далі - заява) за формою згідно з додатком 1 та верифікаційною анкетою працівника сфери охорони здоров'я (далі - анкета) за формою згідно з додатком 2.	Подання заяви про верифікацію інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я 4. Працівник сфери охорони здоров'я звертається до уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я, в якому працівник сфери охорони здоров'я працював до виїзду з України, із заявою про верифікацію інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію такого працівника (далі - заява) за формою згідно з додатком 1 та верифікаційною анкетою працівника

	сфери охорони здоров'я (далі - анкета) за формою згідно з додатком 2.
5. Форми заяви та анкети розміщуються на офіційних веб-сайтах відповідних уповноважених органів управління закладу охорони здоров'я.	5. Форми заяви та анкети розміщуються на офіційних веб-сайтах відповідних уповноважених органів управління закладу охорони здоров'я.
6. Працівник сфери охорони здоров'я надсилає на адресу електронної пошти, зазначену на офіційному веб-сайті відповідного уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я, заяву та анкету, а також скан-копії чи фотокопії документів про <i>освіту, кваліфікацію і професійний досвід</i> працівника сфери охорони здоров'я за переліком згідно з додатком 3. На документи, визначені в абзаці першому цього пункту, накладається електронний підпис, що базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа.	6. Працівник сфери охорони здоров'я надсилає на адресу електронної пошти, зазначену на офіційному веб-сайті відповідного уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я, заяву та анкету, а також скан-копії чи фотокопії документів про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я за переліком згідно з додатком 3. На документи, визначені в абзаці першому цього пункту, накладається електронний підпис, що базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа.
Збір та перевірка інформації про <i>освіту</i> працівника сфери охорони здоров'я 7. Верифікація інформації про <i>освіту</i> працівника сфери охорони здоров'я проводиться відповідальним верифікатором уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я, до якого звернувся з відповідною заявою такий працівник.	Збір та перевірка інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я 7. Верифікація інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я проводиться

	відповідальним верифікатором уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я, до якого звернувся з відповідною заявою такий працівник.
8. Верифікація інформації про <i>освіту</i> працівника сфери охорони здоров'я проводиться шляхом збору та перевірки достовірності документів про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід</i> такого працівника з урахуванням вимог Закону України “Про адміністративні послуги”.	8. Верифікація інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я проводиться шляхом збору та перевірки достовірності документів про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію такого працівника з урахуванням вимог Закону України “Про адміністративну процедуру”.
9. Відповідальний верифікатор проводить аналіз та перевірку інформації, зазначеної в анкеті, а також скан-копій чи фотокопій документів, що підтверджують таку інформацію, що подані відповідно до пунктів 4-6 цього Порядку. З метою підтвердження інформації, зазначеної працівником сфери охорони здоров'я в анкеті, відповідальний верифікатор робить запит до закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник сфери охорони здоров'я до виїзду з України. У разі коли такий заклад охорони здоров'я зруйновано внаслідок бойових дій або він розташований на окупованій території, відповідальний верифікатор звертається до керівника такого закладу охорони здоров'я за	9. Відповідальний верифікатор проводить аналіз та перевірку інформації, зазначеної в анкеті, а також скан-копій чи фотокопій документів, що підтверджують таку інформацію, що подані відповідно до пунктів 4-6 цього З метою підтвердження інформації, зазначеної працівником сфери охорони здоров'я в анкеті, відповідальний верифікатор робить запит до закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник сфери охорони здоров'я до виїзду з України. У разі коли такий заклад охорони здоров'я зруйновано внаслідок бойових дій або він розташований на окупованій території, відповідальний верифікатор звертається до керівника такого закладу охорони здоров'я за

допомогою доступних засобів зв'язку для підтвердження інформації, зазначеної працівником сфери охорони здоров'я в анкеті.

У разі потреби відповідальний верифікатор робить офіційний запит до закладу фахової передвищої, вищої *чи післядипломної* освіти, в якому працівник сфери охорони здоров'я навчався, *та/або професійної громадської організації у разі, коли працівник сфери охорони здоров'я є членом такої організації.*

З метою підтвердження інформації про *освіту* працівника сфери охорони здоров'я відповідальний верифікатор також може звернутися до структурного підрозділу з питань ліцензування господарської діяльності з медичної практики МОЗ або Держлікслужби, у справах яких зберігаються відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам працівників сфери охорони здоров'я, які працювали у відповідних закладах охорони здоров'я на дату отримання ними ліцензії на відповідний вид господарської діяльності.

Відсутній.

допомогою доступних засобів зв'язку для підтвердження інформації, зазначеної працівником сфери охорони здоров'я в анкеті.

У разі потреби відповідальний верифікатор робить офіційний запит до закладу фахової передвищої, вищої освіти, в якому працівник сфери охорони здоров'я навчався.

З метою підтвердження інформації про **професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію** працівника сфери охорони здоров'я відповідальний верифікатор також може звернутися до структурного підрозділу з питань ліцензування господарської діяльності з медичної практики МОЗ або Держлікслужби, у справах яких зберігаються відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам працівників сфери охорони здоров'я, які працювали у відповідних закладах охорони здоров'я на дату отримання ними ліцензії на відповідний вид господарської діяльності.

З метою підтвердження інформації про **професійний досвід та репутацію** працівника сфери охорони здоров'я відповідальний верифікатор може звернутися до суб'єкта (-ів) господарювання (його (їх) правонаступника (-ів) (за наявності)), з яким (-и) працівник сфери

	охорони здоров'я перебував у трудових відносинах останні 5 років до виїзду з України. Такий суб'єкт до відповіді додає заповнений опитувальний аркуш керівника закладу охорони здоров'я згідно з додатком 4.
10. Після завершення проведення перевірки інформації про освіту працівника сфери охорони здоров'я відповідальний верифікатор вносить відомості про результати верифікації інформації про освіту до електронної відомості обліку результатів верифікації інформації про освіту працівників сфери охорони здоров'я за формою згідно з додатком 4. Використання інформації про працівника сфери охорони здоров'я здійснюється із забезпеченням захисту персональних даних відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".	Відсутній.
11. У разі втрати або пошкодження документів про освіту та кваліфікацію (документ про освіту, сертифікат спеціаліста, посвідчення про кваліфікаційну категорію), працівник сфери охорони здоров'я перед подачею заяви до уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я звертається з письмовою заявою про видачу дубліката відповідного документа до закладу фахової передвищої, вищої чи післядипломної освіти, що видав такий документ. Якщо зазначені заклади	11. У разі втрати або пошкодження документів про освіту та професійну кваліфікацію (документ про освіту, сертифікат спеціаліста, посвідчення про кваліфікаційну категорію), працівник сфери охорони здоров'я перед подачею заяви до уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я звертається з письмовою заявою про видачу дубліката відповідного документа до закладу фахової передвищої, вищої освіти, що видав такий документ. Якщо зазначені заклади розташовані на тимчасово

розташовані на тимчасово окупованій Російською Федерацією території України згідно з переліком територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженим наказом <i>Мінреінтеграції</i>, працівник сфери охорони здоров'я звертається до МОН. У разі втрати або пошкодження посвідчення про кваліфікаційну категорію працівник сфери охорони здоров'я перед подачею заяви до уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я звертається із заявою про видачу дубліката посвідчення про кваліфікаційну категорію до органу, при якому функціонує атестаційна комісія, в якій такий працівник проходив атестацію на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії.	окупованій Російською Федерацією території України згідно з переліком територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженим наказом Мінрозвитку, працівник сфери охорони здоров'я звертається до МОН. У разі втрати або пошкодження посвідчення про кваліфікаційну категорію працівник сфери охорони здоров'я перед подачею заяви до уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я звертається із заявою про видачу дубліката посвідчення про кваліфікаційну категорію до органу, при якому функціонує атестаційна комісія, в якій такий працівник проходив атестацію на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії.
Оформлення результатів перевірки інформації про <i>освіту</i> працівника сфери охорони здоров'я 12. У разі позитивного результату перевірки інформації про <i>освіту</i> працівника сфери охорони здоров'я відповідальний верифікатор оформляє довідку про <i>освіту, кваліфікацію та професійний досвід</i> такого працівника (далі - довідка) за формою згідно з додатком 5.	Оформлення результатів перевірки інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я 12. У разі позитивного результату перевірки інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я відповідальний верифікатор оформляє довідку про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію такого

	працівника (далі - довідка) за формою згідно з додатком 5.
13. Довідка підписується керівником (заступником керівника) уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я шляхом накладення електронного підпису, що базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа. Довідка видається безоплатно. Скан-копія довідки у форматі pdf надсилається на адресу електронної пошти, зазначеної працівником сфери охорони здоров'я в анкеті.	13. Довідка підписується керівником (заступником керівника) уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я шляхом накладення електронного підпису, що базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа. Довідка видається безоплатно. Скан-копія довідки у форматі pdf надсилається на адресу електронної пошти, зазначеної працівником сфери охорони здоров'я в анкеті.
14. Кожній довідці присвоюється номер, який відповідає реєстраційному номеру, за яким працівник сфери охорони здоров'я зареєстрований в електронній відомості обліку результатів верифікації інформації про освіту працівників сфери охорони здоров'я за формою згідно з додатком 4.	Відсутній.
15. У разі виявлення невідповідності між документами про освіту, кваліфікацію та професійний досвід працівника сфери охорони здоров'я, та даними, зазначеними працівником сфери охорони здоров'я в анкеті, або факту використання підроблених документів, що підтверджують інформацію, внесену до анкети, працівнику сфери охорони здоров'я на адресу електронної пошти, зазначену ним у анкеті, надсилається повідомлення	15. У разі виявлення невідповідності між документами про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я, та даними, зазначеними працівником сфери охорони здоров'я в анкеті, або факту використання підроблених документів, що підтверджують інформацію, внесену до анкети, працівнику сфери охорони здоров'я на адресу електронної пошти, зазначену ним у анкеті,

про відмову у видачі довідки із зазначенням причин, що стали підставою для відмови.	надсилається повідомлення про відмову у видачі довідки із зазначенням причин, що стали підставою для відмови.
16. Загальний строк проведення перевірки інформації про <i>освіту</i> працівника сфери охорони здоров'я та прийняття рішення щодо результату перевірки становить 30 календарних днів з дня одержання уповноваженим органом управління закладу охорони здоров'я відповідної заяви працівника сфери охорони здоров'я.	16. Загальний строк проведення перевірки інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я та прийняття рішення щодо результату перевірки становить 30 календарних днів з дня одержання уповноваженим органом управління закладу охорони здоров'я відповідної заяви працівника сфери охорони здоров'я.
<i>Відсутній.</i>	17. Відмову у видачі довідки про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я може бути оскаржено. Подання та розгляд таких скарг здійснюється з дотриманням вимог розділу VI Закону України «Про адміністративну процедуру».
<i>Додаток 1 до Порядку</i> ЗАЯВА <i>про верифікацію інформації про освіту, кваліфікацію та професійний досвід працівника сфери охорони здоров'я</i> <i>Я</i> _____,	<i>Додаток 1 до Порядку</i> ЗАЯВА про верифікацію інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я

<i>(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності))</i> прошу провести верифікацію інформації про мій поточний професійний статус з метою отримання дозволу на працевлаштування/тимчасове працевлаштування в _____, <i>(потрібне підкреслити)</i> <i>(назва країни)</i> до якої я виїхав/виїхала у період воєнного стану в Україні. Додаток: 1. Заповнена верифікаційна анкета працівника сфери охорони здоров'я. 2. Скан-копії чи фотокопії документів, що посвідчують особу та підтверджують громадянство України та документи про освіту, кваліфікацію і професійний досвід працівника сфери охорони здоров'я. ___ 20__ р. _____ <i>(підпис)</i> <i>(власне ім'я та прізвище)</i>	Я _____, <i>(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності))</i> прошу провести верифікацію інформації про мою професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію з метою отримання дозволу на працевлаштування/тимчасове працевлаштування в _____. <i>(потрібне підкреслити)</i> <i>(назва країни)</i> Додаток: 1. Заповнена верифікаційна анкета працівника сфери охорони здоров'я. 2. Скан-копії чи фотокопії документів, що посвідчують особу та підтверджують громадянство України або законні підстави перебування на території України (для іноземців та осіб без громадянства) та документи про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я. ___ 20__ р. _____ <i>(підпис)</i> <i>(власне ім'я та прізвище)</i>					
Додаток 2 до Порядку ВЕРИФІКАЦІЙНА АНКЕТА працівника сфери охорони здоров'я <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)		Додаток 2 до Порядку ВЕРИФІКАЦІЙНА АНКЕТА працівника сфери охорони здоров'я <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: top; padding: 5px;">1.</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">заповнюється державною мовою</td> </tr> </table>	1.		заповнюється державною мовою
Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)						
1.		заповнюється державною мовою				

<i>Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) (латинськими літерами відповідно до правил транслітерації)</i>			Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)	<i>заповнюється англійською мовою</i>
<i>Стать</i>			2. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)	<i>заповнюється державною мовою</i>
<i>Дата та рік народження</i>				<i>заповнюється латинськими літерами відповідно до правил транслітерації</i>
<i>Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України або номер посвідки на постійне або тимчасове проживання (для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах)</i>			3. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності)	
<i>Інформація про зареєстроване/задеклароване місце проживання до виїзду з України</i>			4. Дата та рік народження	
<i>Адреса електронної пошти</i>				
<i>Контактний номер мобільного телефону</i>				
<i>Місце перебування за кордоном - країна та населений пункт</i>				

Найменування закладу фахової передвищої чи вищої освіти, випускником якого є працівник		5. Серія (за наявності) та номер документу/ів, що посвідчують особу (паспорт громадянина України; для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах: паспортний документ, посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, посвідка на тимчасове проживання – необхідне підкреслити)	
Здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в документі про освіту			
Серія, номер та дата видачі документа про освіту			
Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти (місця проходження працівником освітньої (очної) частини підготовки в інтернатурі)			
Найменування закладу охорони здоров'я (місця проходження практичної (заочної) частини підготовки в інтернатурі)		6. Адреса задекларованого / зареєстрованого місця проживання або адреса фактичного місця проживання (для внутрішньо переміщених осіб) до виїзду з України	заповнюється державною мовою
Спеціальність в інтернатурі (первинна спеціалізація)			заповнюється англійською мовою
		7. Адреса електронної пошти	
		8. Контактний номер мобільного телефону	

Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста (після інтернатури)		9.	Місце перебування за кордоном – країна та населений пункт	заповнюється державною мовою	заповнюється англійською мовою
Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, на базі якого працівник проходив стажування або вторинну спеціалізацію		10.	Найменування закладу фахової передвищої чи вищої освіти, випускником якого Ви є	заповнюється державною мовою	заповнюється англійською мовою
Спеціальність після проходження працівником циклу стажування або вторинної спеціалізації		10.1.	Здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в документі про освіту	заповнюється державною мовою	заповнюється англійською мовою
Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста (після стажування або вторинної спеціалізації)		10.2.	Серія, номер та дата видачі документа про освіту		11. Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, наукової установи (місця проходження Вами освітньої (очної) частини підготовки в інтернатурі)
		11.	Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, наукової установи (місця проходження Вами освітньої (очної) частини підготовки в інтернатурі)	заповнюється державною мовою	заповнюється англійською мовою
		11.1.	Найменування закладу охорони здоров'я (місця проходження практичної (заочної) частини підготовки в інтернатурі)	заповнюється державною мовою	заповнюється англійською мовою

Наявність кваліфікаційної категорії за спеціальністю		11.2. Спеціальність в інтернатурі (первинна спеціалізація) та здобута професійна кваліфікація	заповнюється державною мовою
Номер, дата видачі та строк дії посвідчення про кваліфікаційну категорію		11.3. Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста або серія, номер, дата видачі сертифіката про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я та строк підтвердження професійної кваліфікації за спеціальністю (після інтернатури)	заповнюється англійською мовою
Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, на базі якого працівник за останній час проходив тематичне удосконалення		12. Найменування закладу/ів вищої чи післядипломної освіти, наукової установи, в яких Ви проходили вторинну спеціалізацію в лікарській резидентурі та/або на циклах спеціалізації*	заповнюється державною мовою
Назва циклу тематичного удосконалення			заповнюється англійською мовою
Номер і дата видачі посвідчення про підвищення кваліфікації			

<i>Назва заходу безперервного професійного розвитку, в якому працівник за останній час брав участь</i>		12.1.	Спеціальність/ості та професійна кваліфікація, здобуті Вами після проходження вторинної спеціалізації у лікарській резидентурі та/або на циклах спеціалізації*	<i>заповнюється державною мовою</i>
				<i>заповнюється англійською мовою</i>
<i>Загальний стаж роботи за фахом після закінчення закладу фахової передвищої чи вищої освіти</i>				
<i>Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник до виїзду з України</i>		12.2.	Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста або серія, номер, дата видачі сертифіката про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я та строк підтвердження професійної кваліфікації за відповідною спеціальністю (після вторинної спеціалізації)*	
<i>Найменування посади, яку займав працівник до виїзду з України (із зазначенням підрозділу)</i>				
13.	Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, на базі якого Ви проходили цикл	<i>заповнюється державною мовою</i>		

Найменування професійної громадської організації, членом якої є працівник, рік набуття членства (інформація зазначається у разі, коли працівник є членом такої організації)		стажування / спеціалізації (для підтвердження кваліфікації або відновлення медичної / професійної практики)	заповнюється англійською мовою
Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та контактний номер телефону керівника або іншої посадової особи закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник до виїзду з України, які можуть підтвердити інформацію, зазначену в анкеті		13.1. Спеціальність та професійна кваліфікація, за якими Ви проходили цикл стажування / спеціалізації (для підтвердження кваліфікації або відновлення медичної / професійної практики)	заповнюється державною мовою
			заповнюється англійською мовою
		13.2. Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста після проходження циклу стажування / спеціалізації	
		14. Рівень професійної кваліфікації (кваліфікаційна категорія або інший рівень професійної кваліфікації) за спеціальністю/тями станом на дату подання заяви*	заповнюється державною мовою
			заповнюється англійською мовою

	14.1.	Дата присвоєння / підтвердження рівня професійної кваліфікації, зазначеного у пункті 13, строк наступної атестації на підтвердження професійної кваліфікації / присвоєння наступного рівня професійної кваліфікації*	
	15.	Інформація про перенесення строку атестації у зв'язку із встановленими законодавством підставами (період дії карантину, режиму воєнного стану, інше)*	
	16.	Загальний стаж роботи за спеціальністю*	
	17.	Інформація про місця роботи за останні 5 років	<i>заповнюється державною мовою</i>

		до виїзду з України (за наявності): найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, в якому Ви працювали, та/або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця, з якою Ви перебували у трудових відносинах*	заповнюється англійською мовою
	17.1.	Найменування посади, яку Ви займали до виїзду з України за останнім місцем роботи (із зазначенням підрозділу у разі наявності)*	заповнюється державною мовою
			заповнюється англійською мовою

	17.2.	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та контактний номер телефону керівника або іншої посадової особи закладу охорони здоров'я, в якому Ви працювали до виїзду з України, та/або фізичної особи – підприємця, з якою Ви перебували у трудових відносинах, і які можуть підтвердити інформацію, зазначену в цій анкеті*	
	18.	Місце (місця) провадження господарської діяльності, дата видачі, серія, номер ліцензії або дата та номер наказу МОЗ, яким затверджено рішення про видачу ліцензії (інформація зазначається у разі, якщо до виїзду з України Ви були зареєстровані як фізична особа– підприємець) та провадили господарську діяльність в сфері охорони здоров'я	заповнюється державною мовою
			заповнюється англійською мовою

	<table><tr><td rowspan="2">18.1.</td><td rowspan="2">Види господарської діяльності / спеціальності, на провадження яких отримано ліцензію (для фізичної особи – підприємця)</td><td>заповнюється державною мовою</td></tr><tr><td>заповнюється англійською мовою</td></tr></table>	18.1.	Види господарської діяльності / спеціальності, на провадження яких отримано ліцензію (для фізичної особи – підприємця)	заповнюється державною мовою	заповнюється англійською мовою
	18.1.			Види господарської діяльності / спеціальності, на провадження яких отримано ліцензію (для фізичної особи – підприємця)	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою			
* Вказується інформація за кожною спеціальністю та кожним роботодавцем. Кваліфікований електронний підпис працівника сфери охорони здоров'я					
Додаток 3 до Порядку ПЕРЕЛІК документів про освіту, кваліфікацію і професійний досвід працівника сфери охорони здоров'я, скан-копії чи фотокопії яких надаються, для проведення верифікації інформації про освіту, кваліфікацію та професійний досвід працівника сфери охорони здоров'я 1. Паспорт громадянина України або посвідка на постійне чи тимчасове проживання (для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах).	Додаток 3 до Порядку ПЕРЕЛІК документів про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я, копії яких надаються, для проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я 1. Документ, що посвідчує особу: 1) паспорт громадянина України; 2) для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах, один (або кілька) з таких документів: паспортний документ; посвідка на постійне проживання в Україні;				

2. Документ/документи про освіту, в тому числі документ про науковий ступінь, документ про вчене звання. 3. Сертифікат/сертифікати лікаря (фармацевта/провізора)-спеціаліста, спеціаліста. 4. Посвідчення про кваліфікаційну категорію (подається у разі наявності). 5. Посвідчення про підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення (подається у разі наявності). 6. Сертифікат про участь у заході безперервного професійного розвитку (подається у разі наявності). 7. Трудова книжка (за наявності) або відомості про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування або довідка про проходження військової служби (трудова діяльність) для військовослужбовців медичних (фармацевтичних) спеціальностей. 8. Посвідчення члена професійної громадської організації (подається тільки у разі, коли працівник сфери охорони здоров'я є членом такої організації).	посвідчення біженця; посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту; посвідка на тимчасове проживання. 2. Картка платника податків або сторінка паспорта з відміткою про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу) – для громадян України. 3. Документ / документи про освіту, в тому числі документ про науковий ступінь, документ про вчене звання. 4. Сертифікат / сертифікати лікаря (фармацевта / провізора)–спеціаліста, спеціаліста або сертифікат про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я, що видається у встановленому законодавством порядку (подається у разі наявності). 5. Посвідчення про кваліфікаційну категорію (подається у разі наявності). 6. Трудова книжка (за наявності) або відомості про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування або довідка про проходження військової служби (трудова діяльність) для військовослужбовців медичних (фармацевтичних) спеціальностей. 7. Витяг з інформаційно-аналітичної системи «Облік відомостей про притягнення особи до кримінальної
--	--

						відповідальності та наявності судимості» (повний), виданий не раніше ніж протягом півроку до подання заяви про верифікацію інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я.
Додаток 4 до Порядку ЕЛЕКТРОННА ВІДОМІСТЬ обліку результатів верифікації інформації про освіту, кваліфікацію та професійний досвід працівників сфери охорони здоров'я						Додаток 4 до Порядку ОПИТУВАЛЬНИЙ АРКУШ керівника закладу охорони здоров'я (фізичної особи – підприємця), в якому працював (з яким перебував у трудових відносинах) працівник сфери охорони здоров'я, інформація про якого верифікується
Регістраційний номер	Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)	Спеціальність	Назва та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник до виїзду з України	Країна, в якій перебуває працівник	Результат верифікації *	Дата заповнення _____
* У графі "Результат верифікації" зазначається факт видачі або відмови у видачі довідки про поточний професійний статус працівника сфери охорони здоров'я.						

		<i>*Опитувальний аркуш заповнюється комп'ютерним набором або від руки</i>																						
Додаток 5 до Порядку НАЗВА УПОВНОВАЖЕНОГО ОРГАНУ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я/NAME OF HEALTH AUTHORITY Дата видачі / Date of issue ДОВІДКА/CERTIFICATE Nr. _____ про освіту, кваліфікацію та професійний досвід працівника сфери охорони здоров'я /of education, qualification and professional experience of a health care worker		Додаток 5 до Порядку НАЗВА УПОВНОВАЖЕНОГО ОРГАНУ ВЕРИФІКАЦІЇ /NAME OF AUTHORIZED VERIFICATION BODY Дата видачі / Date of issue ДОВІДКА / CERTIFICATE Nr. _____ про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я / of professional qualification, professional experience and standing of a health care worker																						
<table border="1"> <tr> <td>Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) (Name and surname)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Дата та рік народження (Date of birth)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України або номер посвідки на постійне або тимчасове проживання (для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах) (Passport No.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Громадянство (Citizenship)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Стать (Sex)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Найменування закладу вищої освіти, випускником якого є працівник, здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в дипломі, серія, номер та дата видачі диплому про освіту (Name of professional</td> <td></td> </tr> </table>		Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) (Name and surname)		Дата та рік народження (Date of birth)		Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України або номер посвідки на постійне або тимчасове проживання (для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах) (Passport No.)		Громадянство (Citizenship)		Стать (Sex)		Найменування закладу вищої освіти, випускником якого є працівник, здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в дипломі, серія, номер та дата видачі диплому про освіту (Name of professional		<table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) / Surname, first name, and patronymic (if available)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Дата та рік народження / Date of birth</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Серія (за наявності) та номер документу/ів, що посвідчують особу (паспорт громадянина України; для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах: паспортний документ, посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, посвідка на тимчасове проживання – необхідне</td> <td></td> </tr> </table>		1.	Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) / Surname, first name, and patronymic (if available)		2.	Дата та рік народження / Date of birth		3.	Серія (за наявності) та номер документу/ів, що посвідчують особу (паспорт громадянина України; для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах: паспортний документ, посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, посвідка на тимчасове проживання – необхідне	
Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) (Name and surname)																								
Дата та рік народження (Date of birth)																								
Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України або номер посвідки на постійне або тимчасове проживання (для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах) (Passport No.)																								
Громадянство (Citizenship)																								
Стать (Sex)																								
Найменування закладу вищої освіти, випускником якого є працівник, здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в дипломі, серія, номер та дата видачі диплому про освіту (Name of professional																								
1.	Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) / Surname, first name, and patronymic (if available)																							
2.	Дата та рік народження / Date of birth																							
3.	Серія (за наявності) та номер документу/ів, що посвідчують особу (паспорт громадянина України; для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах: паспортний документ, посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, посвідка на тимчасове проживання – необхідне																							

<i>pre-higher or higher education institution a health care worker graduated from, educational degree, specialty and qualification in the diploma, series, number and date of issue of the diploma of education)</i>		підкреслити) / Series (if available) and number of the document/s that identifies the person (passport of a citizen of Ukraine; for foreigners and stateless persons who were in Ukraine legally: passport document, permanent residence permit in Ukraine, refugee certificate, certificate of a person in need of additional protection, temporary residence permit – need to be emphasized)	
<i>Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти (місце проходження очної частини підготовки в інтернатурі), спеціальність в інтернатурі, номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста (Name of institution of higher or postgraduate education (place of educational training in internship), name of health care institution (place of practical training in internship), specialty in internship (primary specialization), number, date of issue and validity of the specialist's certificate)</i>		3.1. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) / Taxpayer Registration Card Number (if available)	
<i>Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти (місце проходження вторинної спеціалізації), спеціальність після проходження циклу вторинної спеціалізації, номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста (Name of institution of higher or postgraduate education (place of traineeship or secondary specialization training), specialty after traineeship or secondary specialization, number, date of issue and validity of the specialist certificate)</i>		4. Громадянство / Citizenship	
<i>Наявність кваліфікаційної категорії за спеціальністю, номер, дата видачі та строк дії посвідчення про кваліфікаційну категорію (Qualification category by specialty, number, date of issue and validity of the certificate of qualification category)</i>		5. Найменування закладу фахової передвищої, вищої освіти, випускником якого є працівник, здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в дипломі, серія, номер та дата видачі диплому про освіту / Name of the institution of professional pre-higher or higher education from which the healthcare worker graduated; obtained educational degree, specialty, and qualification as stated in the diploma; series, number, and date of issuance of the diploma	

<i>Найменування закладу освіти, на базі якого працівник за останній час проходив тематичне удосконалення, рік проходження циклу тематичного удосконалення (Name of institution of higher or postgraduate education (place of last thematic improvement training), name of thematic improvement cycle, number and date of issue of certificate of advanced training)</i>		6.	Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, наукової установи (місце проходження освітньої (очної) частини підготовки в інтернатурі), спеціальність в інтернатурі та професійна кваліфікація / Name of the institution of higher or postgraduate education, or scientific institution (place of completion of the educational (full-time) component of internship training); specialty pursued during the internship; and professional qualification	
<i>Назва та рік проведення заходу безперервного професійного розвитку, в якому працівник за останній час брав участь (Name of last event of continuous professional development in which he participated, number and date of issue of the participant's certificate)</i>		6.1.	Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста або серія, номер, дата видачі сертифіката про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я та строк підтвердження професійної кваліфікації за спеціальністю (після інтернатури) / Number, date of issuance, and validity period of the specialist certificate, or series, number, and date of issuance of the certificate on awarding/confirming professional qualification/level of professional qualification in the field of healthcare, as well as the period for confirmation of professional qualification in the specialty (post-internship)	
<i>Загальний стаж роботи за фахом після закінчення закладу освіти (Total work experience in the specialty)</i>				
<i>Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник до виїзду з України, найменування посади, яку займав працівник до виїзду з України (Name and address of health care institution – place of work before leaving Ukraine, job title)</i>				
<i>Найменування професійної громадської організації медичного профілю, членом якої є працівник (Name of professional non-governmental organization of which the health care worker is a member, year of membership)</i>				

<i>Відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам, визначеним у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я, затвердженому наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117 (Compliance with the uniform qualification requirements defined in the Handbook of qualification characteristics of employees' professions. Issue 78. Health care, approved by order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 29, 2002 No. 117)</i>		7.	Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти або наукової установи (місце проходження вторинної спеціалізації у лікарській резидентурі або на циклах спеціалізації або місце проходження циклу стажування), спеціальність та професійна кваліфікація після проходження вторинної спеціалізації та/або циклу стажування (Name of the institution of higher or postgraduate education or scientific institution (place of secondary specialization through medical residency or specialization courses or place of internship cycle); specialty and professional qualification obtained after completion of the secondary specialization and/or internship cycle)			
_____ (найменування посади відповідального верифікатора/ the job title of the responsible verifier)	_____ (підпис) (signature)	_____ (власне ім'я та прізвище) (name and surname)	7.1.	Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста або серія, номер, дата видачі сертифіката про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я та строк підтвердження професійної кваліфікації за відповідною спеціальністю (після вторинної спеціалізації та/або циклу стажування) / Number, date of issuance, and validity period of the		
_____ (найменування посади керівника уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я/ the job title of the head of the health authority)	_____ (підпис) (signature)	_____ (власне ім'я та прізвище) (name and surname)	(адреса, номер телефону, адреса електронної пошти, веб-сайт уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я/ address, telephone number, e-mail, website of the health authority)			

		specialist certificate, or series, number, and date of issuance of the certificate on awarding/confirming professional qualification/level of professional qualification in the field of healthcare, as well as the period for confirmation of professional qualification in the relevant specialty (after secondary specialization and/or internship cycle)	
	8.	Наявність рівня професійної кваліфікації (кваліфікаційної категорії або іншого рівня професійної кваліфікації) за спеціальністю, дата присвоєння/підтвердження рівня професійної кваліфікації, строк наступної атестації на підтвердження професійної кваліфікації / присвоєння наступного рівня професійної кваліфікації / Availability of a level of professional qualification (qualification category or other level of professional qualification) in the specialty; date of awarding/confirmation of the professional qualification level; and the date of the next certification for confirmation of the professional qualification or awarding of the next level of professional qualification	
	8.1.	Інформація про перенесення строку атестації у зв'язку із встановленими	

		законодавством підставами (період дії карантину, режиму воєнного стану, інше) / Information on the postponement of the certification period due to grounds established by legislation (such as the duration of quarantine, martial law, or other reasons)	
		9. Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник до виїзду з України, найменування посади, яку займав працівник або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця, з якою працівник перебував у трудових відносинах до виїзду з України, або місце (місця) провадження господарської діяльності, вид господарської діяльності / спеціальності, дата видачі, серія, номер ліцензії або дата та номер наказу МОЗ, яким затверджено рішення про видачу ліцензії / Name and location of the healthcare facility where the healthcare worker worked prior to leaving Ukraine; job title held by the healthcare worker or surname, given name, and patronymic (if available) of the individual entrepreneur with whom the healthcare worker had an employment relationship prior to	

		leaving Ukraine; or the place(s) of business activity, types of business activities / specialties, date of issue, series, license number or date and number of the order of the Ministry of Health approving the decision to issue the license	
	10.	Наявність незнятих дисциплінарних стягнень, накладених на працівника, до моменту звільнення / The presence of outstanding disciplinary sanctions imposed on the employee prior to dismissal (employer's feedback)	<i>Робиться запис: Так / Yes або Ні / No</i>

	11.	Наявність незнятої або непогашеної в установленому законом порядку судимості, кримінальних правопорушень, заборони займати відповідні посади або провадити певні види діяльності / The presence of an unexpunged or unserved conviction, as well as criminal offenses or prohibitions to hold relevant positions or engage in certain types of activities	<i>Робиться запис: Так / Yes або Ні / No</i>
	12.	Відсторонення від професійної діяльності за результатами атестації (відгук роботодавця) / Suspension from professional activity based on the results of certification (employer's feedback)	<i>Робиться запис: Так / Yes або Ні / No</i>
	13.	Наявність доброї репутації та відповідність критерію доброчесності (узагальнений висновок) / Having a good standing and meeting the integrity criteria (general conclusion)	<i>Робиться запис: Так / Yes (у разі негативних відповідей за пункта-</i>

			ми 10-12 цієї довідки) або Hi / No (у разі позитив -ної відповіді за одним з пунктів 10-12 цієї довідки)
	14.	Відповідність професійному стандарту або єдиним кваліфікаційним вимогам, визначеним у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я, затвердженому наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117 (узагальнений висновок) / Compliance with the professional standard or unified qualification requirements defined in the Directory of Qualification Characteristics of Occupations of Employees. Issue 78. Healthcare, approved by Order of the	Роби- ться запис: Відпо- відає вимогам до профе- сійної кваліфі- кації за профе- сією « _____ » / Meets

		Ministry of Health of March 29, 2002, No. 117 (general conclusion)	<i>the requirements for professional qualification by profession</i>
	15.	Відсутність професійної діяльності в Україні 3 роки і більше поспіль або з перервами протягом останніх 5 років проживання (перебування) в Україні / Lack of professional activity in Ukraine for 3 years or more in a row or with interruptions during the last 5 years of residence (stay) in Ukraine	<i>Робиться запис: Так / Yes або Ні / No</i>
	(найменування посади відповідального верифікатора / the job title of the responsible verifier)		
	(найменування посади керівника (заступника керівника) уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я / title of the position of head (deputy head) of the authorized management body of a healthcare institution)		
	(адреса, номер телефону, адреса електронної пошти, веб-сайт уповноваженого органу управління закладу охорони здоров'я / address, telephone number, email address, website of the authorized body managing the healthcare facility)		

		Кваліфікований електронний підпис керівника (уповноваженої особи) уповноваженого органу верифікації
Постанова Кабінету Міністрів України від 29 березня 2024 р. № 358 «Про затвердження Положення про Єдиний веб-портал вакантних посад у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та внесення змін до Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я»		
<i>3. Установити, що проведення добору на вакантні посади у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, зокрема проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я, здійснюється з використанням Єдиного веб-порталу.</i> Добір на вакантні посади з використанням засобів Єдиного веб-порталу також можуть здійснювати заклади охорони здоров'я приватної форми власності та фізичні особи - підприємці, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.	3. Установити, що проведення добору на вакантні посади у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, крім закладів охорони здоров'я МВС, Міноборони, військових формувань, а також правоохоронних органів спеціального призначення, утворених відповідно до закону, зокрема проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я, здійснюється з використанням Єдиного веб-порталу. Добір на вакантні посади з використанням засобів Єдиного веб-порталу також можуть здійснювати заклади охорони здоров'я приватної форми власності та фізичні особи - підприємці, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.	
Положення про Єдиний веб-портал вакантних посад у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 29 березня 2024 р. № 358		
1. Це Положення визначає призначення, структуру, функції, інформаційні та комунікаційні можливості	1. Це Положення визначає призначення, структуру, функції, інформаційні та комунікаційні можливості	

Єдиного веб-порталу вакантних посад у державних та комунальних закладах охорони здоров'я (далі - Єдиний веб-портал). <i>Дія цього Положення не поширюється на заклади охорони здоров'я МВС, Міноборони, військових формувань, а також правоохоронних органів спеціального призначення, утворених відповідно до закону.</i>	Єдиного веб-порталу вакантних посад у державних та комунальних закладах охорони здоров'я (далі - Єдиний веб-портал). За потреби заклади охорони здоров'я МВС, Міноборони, військових формувань, а також правоохоронних органів спеціального призначення, утворених відповідно до закону, можуть здійснювати добір на вакантні посади відповідно до вимог цього Положення.
--	--

**Начальник Управління
медичних кадрів, освіти і науки**

Сергій УБОГОВ