

Додаток 1  
до Положення про деякі питання  
післядипломної освіти та  
безперервного професійного  
розвитку медичних та  
фармацевтичних працівників  
(підпункт 3 пункту 5 розділу IV)

## 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 Положення  
про деякі питання післядипломної освіти  
та безперервного професійного розвитку  
медичних та фармацевтичних працівників  
(пункт 8 Розділу II)

**ПОСВІДЧЕННЯ № \_\_\_\_\_**  
**про проходження циклу тематичного удосконалення до диплому**  
**№ \_\_\_\_\_**

Прізвище \_\_\_\_\_

Власне ім'я \_\_\_\_\_

По батькові (за наявності) \_\_\_\_\_

Рік	Заклад вищої (післядипломної) освіти	Назва циклу тематичного удосконалення	Тривалість циклу	Займана посада під час проходження циклу тематичного удосконалення
1	2	3	4	5

М.П. Підпис

М.П. Підпис

М.П. Підпис

---

Додаток 3  
до пункту 2 Розділу VI Положення  
про деякі питання післядипломної освіти  
та безперервного професійного розвитку  
медичних та фармацевтичних працівників

**ПЛАН-ЗАЯВА**  
**на цикл спеціалізації та тематичного удосконалення медичних та**  
**фармацевтичних працівників**  
**\_\_\_\_\_ області**  
**в заклади вищої (післядипломної) освіти на 20\_\_\_\_\_ рік**

Шифр циклу	Назва циклу	Вид навчання	Заклад вищої (післядипломної освіти)	Кількість слухачів
1	2	3	4	5

---