

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Сведения об образовании _____
(учебное заведение, год окончания)

_____ (специальность по образованию, № диплома, дата выдачи)

Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании
(интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, повышение квалификации)

Вид образования	Номер и дата выдачи	Место обучения и наименование организации, выдавшей документ об образовании	Наименование специальности

4. Сведения о трудовой деятельности по окончании вуза (по записям трудовой книжки и справкам о совместительстве)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации, местонахождение)

Подпись работника кадровой службы и печать О.К

5. Стаж работы в учреждениях здравоохранения _____ лет.

6. Наименование специальности

(по профилю аттестации)

7. Стаж работы по данной специальности _____ лет.

8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности, по которой проводится аттестация

(указать имеющуюся, год присвоения)

9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям _____

10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях

(дата присвоения)

11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных)

(Наименование научной работы, дата и место публикации)

12. Изобретения, рационализаторские предложения, патенты

(регистрационные номера удостоверений, даты выдачи)

13. Знание иностранного языка

14. Служебный адрес, телефон

15. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией

16. E-mail:

17. Характеристика на специалиста:

(Включает сведения о результативности профессиональной деятельности специалиста, его деловых и профессиональных качествах (в том числе и оценка уровня ответственности, требовательности, имеющихся умений, практических навыков)

УТВЕРЖДАЮ:

Главный врач
МБУЗ ГП № 14
г. Краснодара
Короткова Н.С.

«___» _____ 2013 г.

ОТЧЕТ

о работе за 2010 - 2012 годы

Дельцовой Анны Алексеевны, врача физиотерапевта муниципального бюджетного учреждения здравоохранения Городская поликлиника № 14
г. Краснодара

для присвоения высшей квалификационной категории по специальности
ФИЗИОТЕРАПИЯ