Приложение 2  
к Правилам оценки специалистов  
в области здравоохранения

Форма

Подтверждение результатов непрерывного профессионального развития работников здравоохранения

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Заявляемая специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Общий стаж работника здравоохранения (лет, месяцев, дней) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Стаж работы по заявляемой специальности (лет, месяцев, дней) \_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место работы в настоящее время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Трудовая деятельность по заявляемой специальности (на момент подтверждения результатов непрерывного профессионального развития по заявляемой специальности)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата приема | Дата увольнения | Место работы | Занимаемая должность | Номер приказа | Дата издания приказа |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Уровень отраслевой рамки квалификаций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Квалификационная категория (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Послевузовское образование (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Результаты НПР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование критерия | Результат в зачетных единицах | |
| Глава 1. Дополнительное образование | | | |
| 1 |  | |  |
| Глава 2. Неформальное образование | | | |
| 2 |  | |  |
| 3 |  | |  |
| 4 |  | |  |
| 5 |  | |  |
| Глава 3. Дополнительные компетенции | | | |
| 6 |  | |  |
| 7 |  | |  |
| 8 |  | |  |
| 9 |  | |  |
| 10 |  | |  |
| 11 |  | |  |
| 12 |  | |  |
| 13 |  | |  |
| 14 |  | |  |
| 15 |  | |  |
| 16 |  | |  |
| 17 |  | |  |
| 18 |  | |  |
| 19 |  | |  |
| 20 |  | |  |
| 21 |  | |  |
|  | Итого результатов НПР: | |  |

Руководитель службы управления персоналом  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(подпись) дата выдачи

Руководитель медицинской организации  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(подпись) дата выдачи