

Чек-лист для проверки содержания работы специалиста на присвоение квалификационной категории

№ п/п	Наименование документа	Наличие документа	Особенности заполнения документа	Отметка о соответствии
1	Аттестационный лист в печатном виде (вложить в отдельный файл)	Обязательное наличие	Заполнены все необходимые графы Заверен специалистом отдела кадров (подпись специалиста отдела кадров и печать)	
2	Заявление специалиста на имя председателя Аттестационной комиссии	Обязательное наличие	Заполнены все необходимые графы, в том числе указан номер телефона заявителя Наличие согласия на получение и обработку персональных данных Наличие даты оформления заявления Наличие личной подписи специалиста, претендующего на присвоение квалификационной категории	
3	Титульный лист отчета о профессиональной деятельности	Обязательное наличие	Подпись руководителя медицинской организации или лица его замещающего Печать медицинской организации	
4	Отчет о профессиональной деятельности	Обязательное наличие	Для специалистов с высшим профессиональным образованием за 3 последних года работы Для специалистов со средним профессиональным образованием за 1 последний год работы Подпись специалиста в конце отчета	
5	Рецензия на представленный отчет о профессиональной деятельности	Обязательное наличие	Составлена сотрудником кафедры ИГМА или РМК или главным внештатным специалистом МЗ УР по профильной специальности	
6	Копия документа, подтверждающего факт изменения фамилии или имени или отчества	При необходимости	В случае несовпадения фамилии или имени или отчества, указанных в заявлении, с данными ниже представленных документов	
7	Копия диплома о медицинском или фармацевтическом образовании	Обязательное наличие	Специалисты медицинских организаций, имеющие право на присвоение квалификационной категории, но имеющие немедицинское образование, должны представить копию диплома о высшем или среднем профессиональном образовании Заверена специалистом кадровой службы	
8	Копия удостоверения об интернатуре или ординатуре	При наличии	Только для специалистов с высшим медицинским образованием Заверена специалистом кадровой службы	
9	Копия сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации по специальности, указанной в заявлении (выписка о наличии в ЕГИСЗ данных,	Обязательное наличие	Действует в течение 5 лет! Только для специалистов с высшим и средним медицинским образованием Заверена специалистом кадровой службы	
10	Копия удостоверения о повышении квалификации по специальности, указанной в заявлении	Обязательное наличие	Для специалистов с медицинским, фармацевтическим и иным образованием Заверена специалистом кадровой службы	
11	Копия удостоверения о наличии ученой степени	При наличии	Заверена специалистом кадровой службы	
12	Выписка из трудовой книжки и (или) сведения о трудовой деятельности, или иной документ, подтверждающий наличие стажа по аттестуемой специальности	Обязательное наличие	Информация, подтверждающая наличие стажа Подпись руководителя медицинской организации или лица его замещающего Печать медицинской организации	
13	Справка с места работы об осуществлении медицинской деятельности по заявленной специальности	Для педагогических и научных работников	Указать место работы и стаж по заявленной специальности	
14	Копия удостоверения о наличии квалификационной категории	При наличии		
15	Оригинал удостоверения о квалификационной категории	Обязательное наличие	Проверить наличие свободных строк для заполнения	

Чек-лист для проверки содержания работы специалиста на присвоение квалификационной категории

№ п/п	Наименование документа	Наличие документа	Особенности заполнения документа	Отметка о соответствии
1	Аттестационный лист в печатном виде (вложить в отдельный файл)	Обязательное наличие	Заполнены все необходимые графы Заверен специалистом отдела кадров (подпись специалиста отдела кадров и печать)	
2	Заявление специалиста на имя председателя Аттестационной комиссии	Обязательное наличие	Заполнены все необходимые графы, в том числе указан номер телефона заявителя Наличие согласия на получение и обработку персональных данных Наличие даты оформления заявления Наличие личной подписи специалиста, претендующего на присвоение квалификационной категории	
3	Титульный лист отчета о профессиональной деятельности	Обязательное наличие	Подпись руководителя медицинской организации или лица его замещающего Печать медицинской организации	
4	Отчет о профессиональной деятельности	Обязательное наличие	Для специалистов с высшим профессиональным образованием за 3 последних года работы Для специалистов со средним профессиональным образованием за 1 последний год работы Подпись специалиста в конце отчета	
5	Рецензия на представленный отчет о профессиональной деятельности	Обязательное наличие	Составлена сотрудником кафедры ИГМА или РМК или главным внештатным специалистом МЗ УР по профильной специальности	
6	Копия документа, подтверждающего факт изменения фамилии или имени или отчества	При необходимости	В случае несовпадения фамилии или имени или отчества, указанных в заявлении, с данными ниже представленных документов	
7	Копия диплома о медицинском или фармацевтическом образовании	Обязательное наличие	Специалисты медицинских организаций, имеющие право на присвоение квалификационной категории, но имеющие немедицинское образование, должны представить копию диплома о высшем или среднем профессиональном образовании Заверена специалистом кадровой службы	
8	Копия удостоверения об интернатуре или ординатуре	При наличии	Только для специалистов с высшим медицинским образованием Заверена специалистом кадровой службы	
9	Копия сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации по специальности, указанной в заявлении (выписка о наличии в ЕГИСЗ данных,	Обязательное наличие	Действует в течение 5 лет! Только для специалистов с высшим и средним медицинским образованием Заверена специалистом кадровой службы	
10	Копия удостоверения о повышении квалификации по специальности, указанной в заявлении	Обязательное наличие	Для специалистов с медицинским, фармацевтическим и иным образованием Заверена специалистом кадровой службы	
11	Копия удостоверения о наличии ученой степени	При наличии	Заверена специалистом кадровой службы	
12	Выписка из трудовой книжки и (или) сведения о трудовой деятельности, или иной документ, подтверждающий наличие стажа по аттестуемой специальности	Обязательное наличие	Информация, подтверждающая наличие стажа Подпись руководителя медицинской организации или лица его замещающего Печать медицинской организации	
13	Справка с места работы об осуществлении медицинской деятельности по заявленной специальности	Для педагогических и научных работников	Указать место работы и стаж по заявленной специальности	
14	Копия удостоверения о наличии квалификационной категории	При наличии		
15	Оригинал удостоверения о квалификационной категории	Обязательное наличие	Проверить наличие свободных строк для заполнения	