**Перечень документов для аттестации на квалификационную категорию**

**для обладателей статуса**

**«Московский врач»**

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 02.07.2019 №474 «Об Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения города Москвы»

* специалисту, имеющему статус «Московский врач» и не имеющему квалификационную категорию, при наличии стажа работы по аттестуемой специальности от **5 лет** автоматически присваивается **первая** квалификационная категория по заявленной специальности[[1]](#footnote-1). При наличии стажа работы по аттестуемой специальности более **7 лет**, специалисту автоматически присваивается **высшая** квалификационная категория по заявленной специальности1.
* Аттестация специалистов, имеющих статус «Московский врач» и действующую квалификационную категорию по специальности, проводится после истечения срока действия квалификационной категории. Специалист может претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории (досрочная переаттестация) не ранее чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории.

В специализированную экспертную группу представляются следующие документы:

1. Заявление в Аттестационную комиссию
2. Копия паспорта (титульная страница)
3. Копия документа об изменении фамилии\* (при необходимости)
4. Копия диплома\*
5. Копия удостоверения об окончании интернатуры/ординатуры/диплома о профессиональной переподготовке\*
6. Действующий сертификат по аттестуемой специальности\*
7. Последнее свидетельство о повышении квалификации по аттестуемой специальности\*
8. Копия трудовой книжки (с датированной записью «работает по настоящее время»)\*, а также справку о совместительстве (при необходимости)
9. Справка из отдела кадров с указанием стажа по аттестуемой специальности\*
10. Копия свидетельства о присвоении статуса «Московский врач»\*
11. Оригинал **последнего** удостоверения о присвоении квалификационной категории по аттестуемой специальности (при наличии)
12. Копия удостоверения о присвоении **последней** квалификационной категории по аттестуемой специальности (при наличии) *или* копия приказа о присвоении квалификационной категории по аттестуемой специальности

\*заверенные в установленном порядке (срок действия заверенных копий –

30 календарных дней)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **В Аттестационную комиссию****Департамента здравоохранения** **города Москвы**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  (фамилия, имя, отчество) |
|  | работающего по специальности |
|  |  |
|  |  (в соответствии с действующей номенклатурой)в должности |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  (наименование должности и учреждения) |

 ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную категорию

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в соответствии с действующей номенклатурой)

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_\_ лет.

Квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать, если имеется)

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в соответствии с действующей номенклатурой)

присвоена в \_\_\_\_\_\_\_\_ году.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Согласен (согласна) с обработкой моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от

27 июля 2006 года № 152 ФЗ «О персональных данных»

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. без прохождения квалификационной процедуры (аттестационное тестирование, отчет, собеседование) [↑](#footnote-ref-1)