



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

переулок Осоавиахима, д.3, корп. 1, Брянск, 241019
Тел.: (4832) 74-21-47, факс: 66-49-11, <http://www.depzdrazv32.ru>, e-mail: dz@brkmed.ru

29.12.2021 № 1-ДЗ-18091

Руководителям медицинских организаций Брянской области, подведомственных департаменту здравоохранения Брянской области

Информационное письмо о реализации приказ Минздрава России от 22.11.2021 № 1083н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» с 01.01.2022

Уважаемые коллеги!

С 01.01.2022 вступает в силу приказ Минздрава России от 22.11.2021 № 1083н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» (Источник публикации: Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 30.11.2021). Предыдущий приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 г. № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» признан утратившим силу.

В связи с этим департаментом здравоохранения Брянской области отменен приказ департамента здравоохранения Брянской области от 06.12.2017 № 456-лс «Об аттестационной комиссии департамента здравоохранения Брянской области».

Кроме этого, департамент здравоохранения Брянской области сообщает о том, что в целях реализации права на получение квалификационной категории в соответствии с пунктом 4 части 1 статьи 72 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 01.01.2022 специалисты, изъявившие желание пройти аттестацию для получения квалификационной категории, представляют в аттестационную комиссию следующие документы:

1. Заявление на имя председателя аттестационной комиссии, в котором указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста, квалификационная категория, на которую он претендует, наличие или

Оригинал в электронном виде в формате MS Word, подписанная ЭП, хранится в базе данных организации.

Исходящий номер документа сгенерирован автоматически при печати и хранится в соответствующей записи базы данных.

отсутствие ранее присвоенной квалификационной категории, дата ее присвоения, согласие на получение и обработку персональных данных с целью присвоения квалификационной категории, контактный телефон, адрес электронной почты, личная подпись специалиста и дата составления заявления. Заявление подается независимо от продолжительности работы в организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, а также в период нахождения в отпуске по уходу за ребенком (см. Приложение 1).

2. Аттестационный лист специалиста, заполненный в печатном виде, заверенный отделом кадров организации (см. Приложение 2).

3. Отчет, лично подписанный специалистом, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации. Отчет представляется за период работы, который ранее не оценивался при прохождении аттестации и должен содержать анализ профессиональной деятельности за последние три года работы - для специалистов с высшим образованием и за последний год работы - для специалистов со средним профессиональным образованием, включая описание выполненных работ, данные о рационализаторских предложениях и патентах, выводы специалиста о своей профессиональной деятельности, предложения по ее совершенствованию (в случае если в отчетный период специалист работал в нескольких организациях, им могут быть предоставлены несколько отчетов, которые утверждены руководителями данных организаций на титульных листах отчетов).

4. Копии документов об образовании и (или) о квалификации, действующих сертификатов специалиста и (или) свидетельств об аккредитации специалиста (выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста), документов, подтверждающих ученую степень (при наличии), заверенных в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также портфолио из личного кабинета аттестуемого, выгруженное с Портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования edu.rosminzdrav.ru.

5. Выписку из трудовой книжки и (или) сведения о трудовой деятельности, или иной документ, подтверждающий наличие стажа медицинской деятельности или фармацевтической деятельности, предусмотренный законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе, с подтверждением стажа работы по аттестуемой специальности, подписанные руководителем организации и заверенные печатью.

6. Справку с места работы об осуществлении медицинской деятельности по заявленной специальности с указанием места работы и стажа работы по специальности - для педагогических и научных работников.

7. Копию документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества (в случае изменения фамилии, имени, отчества) (при наличии).

8. Копию документа о присвоении имеющейся квалификационной категории.

В случае отказа руководителя организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, в согласовании отчета специалисту выдается письменное разъяснение руководителя организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, о причинах отказа, которое прилагается к заявлению на получение квалификационной категории.

Документы в адрес аттестационной комиссии представляются лично специалистом либо его представителем на основании доверенности, оформленной в соответствии с требованиями гражданского законодательства Российской Федерации.

Специалист, имеющий присвоенную квалификационную категорию, представляет документы в адрес аттестационной комиссии не позднее четырех месяцев до окончания ее срока действия лично либо через представителя на основании доверенности, оформленной в соответствии с требованиями гражданского законодательства Российской Федерации.

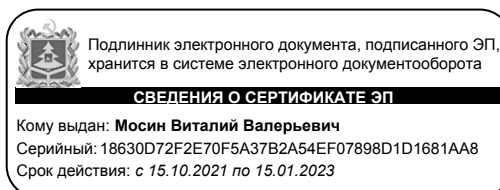
В связи с этим департамент здравоохранения Брянской области предупреждает о необходимости уведомления медицинских работников о том, что в случае непредставления документов специалистом либо его представителем по уважительной причине в указанный срок аттестация специалиста может быть проведена позднее даты окончания срока действия имеющейся квалификационной категории.

Документы, поступающие в аттестационную комиссию, регистрируются в отделе по кадровой работе (каб.307, 306) в журнале регистрации документов в день их поступления в аттестационную комиссию.

Департаментом здравоохранения Брянской области в ближайшие дни на официальном сайте будут размещены документы, разработанные в соответствии с приказом Минздрава России от 22.11.2021 № 1083н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» (в том числе бланки заявления и аттестационного листа специалиста – для скачивания).

Приложение: на 5 л.

Первый заместитель
директора департамента



В.В. Мосин

Исп. Кузьмина И.С.
тел. 74-91-76

*Бланк Заявления в аттестационную комиссию департамента
здравоохранения Брянской области*

Председателю аттестационной
комиссии департамента
здравоохранения Брянской области

(Фамилия И.О.)

(Фамилия Имя Отчество специалиста)
работающего по специальности

(указать специальность)
в должности

(указать должность в соответствии со
штатным расписанием)

(место работы)
Контактный телефон:

Адрес электронной почты:

З А Я В Л Е Н И Е.

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную
(указать)
категорию по специальности _____
(указать специальность)

Стаж работы по данной специальности _____ лет.
Квалификационная категория _____
(указать, если имеется)
по специальности _____

(указать специальность)

присвоена _____ .
(дата присвоения)

В соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью присвоения квалификационной категории даю согласие оператору персональных данных на осуществление действий (операций) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление в документальной, электронной, устной форме.

Мне разъяснено, что настоящее согласие может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(а).

На передачу мне сведений по телефону, электронной почте, почтовым отправлением согласен(а).

« _____ » _____ 202__ г.

(подпись)

Бланк Аттестационного листа специалиста

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ СПЕЦИАЛИСТА

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Дата рождения _____

3. Сведения об образовании:

3.1. Уровень образования: _____
(высшее, среднее профессиональное)

3.2. Сведения о профессиональном образовании (в соответствии с дипломом¹)

3.3. Сведения о дополнительном профессиональном образовании (программы повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки)²:

4. Сведения о трудовой деятельности

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации - работодателя, адрес места нахождения)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации - работодателя, адрес места нахождения)

с _____ по _____ _____
(должность, наименование организации - работодателя, адрес места нахождения)

с _____ по _____ _____

¹ Наименование образовательной организации, выдавшей документ об образовании и квалификации, год окончания; специальность, квалификация; реквизиты диплома (включая номер и дату выдачи), в том числе по программам интернатуры, ординатуры.

² Наименование образовательной организации, выдавшей документ, год обучения; специальность; реквизиты полученного документа (включая наименование, номер и дату выдачи). Информация об обучении на циклах повышения квалификации предоставляется за последние 5 лет.

с _____	по _____	(должность, наименование организации - работодателя, адрес места нахождения)
с _____	по _____	(должность, наименование организации - работодателя, адрес места нахождения)
с _____	по _____	(должность, наименование организации - работодателя, адрес места нахождения)
с _____	по _____	(должность, наименование организации - работодателя, адрес места нахождения)

Начальник отдела кадров
(специалист по кадрам)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях _____ лет.

6. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории

7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) _____ лет.

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

_____ (квалификационная категория, дата присвоения)

9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям (должностям)

_____ (квалификационная категория, специальность, дата присвоения)

10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях

_____ (присвоенные ученые степени, ученые звания, даты их присвоения)

11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных)

_____ (наименование научной работы, дата и место публикации)

12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах

_____ (регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений)

13. Знание иностранного языка _____

14. Место работы и контактные телефоны (служебный, мобильный)

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

16. Электронная почта (при наличии): _____

17. Характеристика на специалиста (сведения о результативности профессиональной деятельности специалиста, деловых и профессиональных качествах)

Руководитель
медицинской организации

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

18. Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить/Отказать в присвоении _____ квалификационную (-ой)
(высшей, первой, второй)

категорию(-и) по специальности (должности) _____

(наименование специальности (должности))

“ _____ ” _____ 202__ г. № _____
(реквизиты протокола заседания Экспертной группы)

Ответственный секретарь
Экспертной группы

(подпись)

(И.О. Фамилия)