

Додаток 4  
до Порядку проведення атестації лікарів  
(пункт 14 розділу III)

Місце для  
фотографії

ПОСВІДЧЕННЯ № \_\_\_\_\_

М.П.

Видане \_\_\_\_\_  
(прізвище,

ім'я, по батькові)

про те, що \_\_\_\_\_ 20\_\_ року він (вона) проходив(ла)

атестацію в атестаційній комісії при \_\_\_\_\_

(назва органу охорони здоров'я)

і наказом \_\_\_\_\_

(назва органу охорони здоров'я)

від \_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_\_ йому (їй) присвоєно  
(підтверджено) кваліфікаційну категорію зі спеціальності \_\_\_\_\_

(назва спеціальності відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей)

(категорія)

Керівник органу охорони здоров'я \_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

М.П.

Дійсне до "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Продовжено до "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

наказом \_\_\_\_\_  
(назва органу охорони здоров'я)

від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_\_

Керівник органу охорони здоров'я \_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)