ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

26.05.2022 № 498

г. Вологда

О внесении изменений
в приказ департамента здравоохранения области
от 9 сентября 2020 года № 413

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ департамента здравоохранения области от 9 сентября 2020 года № 413 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги по аттестации медицинских и фармацевтических работников, имеющих среднее медицинское и (или) фармацевтическое образование, для присвоения им квалификационной категории», следующие изменения:

1.1. в преамбуле приказа слова и цифры «от 23 апреля 2013 года № 240н» заменить словами и цифрами «от 22 ноября 2021 года № 1083н»;

1.2. в Административном регламенте предоставления государственной услуги по аттестации медицинских и фармацевтических работников, имеющих среднее медицинское и (или) фармацевтическое образование, для присвоения им квалификационной категории, утвержденном указанным приказом:

в разделе II:

пункт 2.3 изложить в следующей редакции:

«2.3. Запрещено требовать от заявителя осуществления действий, в том числе согласований, необходимых для получения государственной услуги и связанных с обращением в иные государственные органы и организации, за исключением получения услуг, включенных в Перечень услуг, которые являются необходимыми и обязательными для предоставления государственных услуг органами исполнительной государственной власти области и предоставляются организациями и уполномоченными в соответствии с законодательством Российской Федерации экспертами, участвующими в предоставлении государственных услуг органов исполнительной государственной власти области, утвержденный постановлением Правительства области от 18 апреля 2011 года № 398.»;

в пункте 2.7:

абзац первый подпункта «а» изложить в следующей редакции:

«а) заявление о предоставлении государственной услуги по форме согласно приложению 1 к настоящему административному регламенту. Заявление подается независимо от продолжительности работы в организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является заявитель, а также в период нахождения в отпуске по уходу за ребенком, с учетом требований к заявителю, претендующему на присвоение второй, первой, высшей квалификационной категории.»;

подпункт «в» изложить в следующей редакции:

«в) отчет, лично подписанный заявителем, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации (при наличии), осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является заявитель, по форме согласно приложению 3 к настоящему административному регламенту. Отчет представляется за период работы, который ранее не оценивался при прохождении аттестации и должен содержать анализ профессиональной деятельности за последний год работы, включая описание выполненных работ, данные о рационализаторских предложениях и патентах, выводы заявителя о своей профессиональной деятельности, предложения по ее совершенствованию (в случае если в отчетный период заявитель работал в нескольких организациях им могут быть предоставлены несколько отчетов, которые утверждены руководителями данных организаций на титульных листах отчетов);»;

пункт 2.11 дополнить абзацем следующего содержания:

«; предоставления на бумажном носителе документов и информации, электронные образы которых ранее были заверены в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере организации предоставления государственных и муниципальных услуг, за исключением случаев, если нанесение отметок на такие документы либо их изъятие является необходимым условием предоставления государственной услуги, и иных случаев, установленных федеральными законами»;

в разделе III:

в подразделе 3.2:

абзац второй пункта 3.2.1 изложить в следующей редакции:

«Персональный состав аттестационной комиссии, состоящей из Координационного комитета (далее – Комитет) и экспертных групп по специальностям (далее - экспертные группы), утверждается приказом департамента, из расчета не менее пяти членов с учетом председателя аттестационной комиссии, заместителя председателя аттестационной комиссии, ответственного секретаря аттестационной комиссии, заместителя ответственного секретаря аттестационной комиссии, членов аттестационной комиссии. Состав

аттестационной комиссии актуализируется не реже одного раза в два года.»;

в абзаце 4 подпункта «б» пункта 3.2.4 слова «органов записи актов гражданского состояния» заменить словами «уполномоченного органа, осуществляющего ведение Единого государственного реестра записей актов гражданского состояния».

в подразделе 3.3:

пункт 3.3.2 дополнить абзацем следующего содержания:

«Тестовый контроль проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого заявителя автоматически с использованием информационных систем, в соответствии со спецификацией при выборке заданий, с учетом специальности, по которой проводится аттестация, формируемых аттестационной комиссией.»;

в пункте 3.3.7 цифры и слова «70 календарных дней» заменить цифрами и словами «80 календарных дней»;

приложение 1 к Административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 2 к Административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу по истечении 10 дней после дня его официального опубликования.

И.о. начальника департамента М.А. Трусов

Приложение 1
к приказу департамента
здравоохранения области
от 26.05.2022 № 498

«Приложение 1
к Административному регламенту

Форма

Председателю аттестационной комиссии

_

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____

_____

(место работы, должность)

_____

контактный телефон специалиста:

_____

адрес электронной почты специалиста:

_____

_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу присвоить мне _____квалификационную

(высшую, первую, вторую)

категорию по специальности _____ _____

Имеется _____квалификационная

(высшая, первая, вторая)

категория по специальности _____ _____

присвоена _____ _____

(число, месяц, год присвоения)

В связи с присвоением квалификационной категории даю согласие на обработку персональных данных.

"_____" _____ 20___ г. _____
(подпись, расшифровка подписи)

»;

Приложение 2
к приказу департамента
здравоохранения области
от 26.05.2022 № 498

«Приложение 2
к Административному регламенту

Форма

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ СПЕЦИАЛИСТА

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

_____

1. Дата рождения _____

3. Сведения об образовании:

3.1. _____
(наименование образовательной организации, год окончания)

_____
(специальность по диплому, № диплома, дата выдачи)

3.2. Сведения о дополнительном профессиональном образовании (интернатура, профессиональная переподготовка, клиническая ординатура, аспирантура; повышение квалификации за последние 5 лет)

Уровень образования	Год, месяц обучения	Наименование организации, выдавшей документ о квалификации	Номер и дата выдачи документа о квалификации	Название цикла, курса обучения

4. Сведения о трудовой деятельности:

Месяц и год		Должность, структурное подразделение	Наименование организации, адрес в пределах местонахождения
поступления	ухода		

Работник кадровой службы _____ _____
(подпись)

(расшифровка)
М.П. (при наличии)

5. Стаж работы в медицинских и 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
1. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности, по которой проводится аттестация
_____

(квалификационная категория, специальность (должность), дата присвоения)

9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям
_____

(квалификационная категория, специальность (должность), по которой она присвоена, дата присвоения)

10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях
_____

(указать степень, звание, дату присвоения)

11.Сведения об имеющихся научных трудах (печатных)
_____

(наименование научной работы, дата и место публикации)

12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах_____
_____

(указать регистрационный номер и дату выдачи соответствующих удостоверений)

13.Знание иностранного языка_____
14. Место работы и рабочий телефон_____
_____
15.Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией
_____

16.Адрес электронной почты_____

17. Характеристика на специалиста:
_____

(сведения о результативности профессиональной деятельности,
_____
_____

его деловых и профессиональных качествах (ответственность, требовательность,
_____

_____

объем и уровень умений, практических навыков,

_____

_____

знание и использование деонтологических принципов и т. д.)

18.Заключение аттестационной комиссии:
Присвоить / Отказать в присвоении _____квалификационную (-ой)
(высшая, первая, вторая)
категорию (-и) по специальности (должности)_____

(наименование специальности, должности)

«_____» _____ 20 ____ г. № _____
(реквизиты протокола заседания Экспертной группы)

Ответственный секретарь
Экспертной группы _____
(подпись)

(расшифровка)

».