

СВІДОЦТВО № 772

про складання іспиту з спеціальності
після проведення передатестаційного циклу

терапевтична стоматологія

(назва спеціальності згідно з номенклатурою)

Назва закладу освіти, факультету,
кафедри, де складався іспит:

**ФПО Державна установа „Кримський державний
медичний університет імені С.І. Георгієвського”**

Екзаменувався Кондратюк
(прізвище, ім'я, по батькові)

Маталія Олександрівна

Рекомендується присвоїти _____

Кондратюк Я.О.
(прізвище, ім'я, по батькові)

першу категорію (72 балів)

(рівень кваліфікаційної категорії)

терапевтична стоматологія

(спеціальність згідно з номенклатурою)

Керівник закладу освіти _____

Григорук
(підпис)

Завідуючий кафедрою _____

ДЗ
(підпис)



Дата **13.06.2014 р.**

Відомості про проходження підвищення кваліфікації

Рік	Заклад, в якому проходив(ла) підвищення кваліфікації	Назва циклу спеціалізації або удосконалення	Тривалість навчання	Посада, яку займає на час направлення і підвищення кваліфікації
2014	КДМУ імені С.І. Георгієвського	Онконастороженність в стоматології (ТУ) М.П. 	24.04-13.05	лікар терапевт-стоматолог Підпис <i>Декана ФПО проф. Кляритська І.Л.</i> <i>Ректора проф. Бабанін А.А.</i>
2014	КДМУ імені С.І. Георгієвського	Терапевтична стоматологія (ПАЦ) М.П. 	14.05-13.06	лікар терапевт-стоматолог Підпис <i>Декана ФПО проф. Кляритська І.Л.</i> <i>Ректора проф. Бабанін А.А.</i>

ПОСВІДЧЕННЯ № 82



Видано врачу Кондратюк
(прізвище)
Людмила Леонидівна
(ім'я, по батькові)

02.07 2014 р. він (вона) проходив (ла)

атестацію в атестаційній комісії при Місцях охорони здоров'я
(назва органу охорони здоров'я)

і наказом по Місцях охорони здоров'я
(назва органу охорони здоров'я)

від 02.07 2014 р. № У-АР йому(їй) присвоєна

(підтверджена) кваліфікаційна категорія зі спеціальності
Терапевтична стоматологія
(назва спеціальності згідно з номенклатурою)

перша
(категорія)



Керівник органу охорони здоров'я _____ (підпис)

Голова атестаційної комісії _____ (підпис)

Дійсне до " 31 " листопада 2019 р.

Продовжено до " _____ " _____ р.

Наказом по _____
(назва органу охорони здоров'я)

від " _____ " _____ р. № _____

Керівник органу охорони здоров'я _____ (підпис)

Голова атестаційної комісії _____ (підпис)

М.П.

Продовжено до " _____ " _____ р.

Наказом по _____
(назва органу охорони здоров'я)

від " _____ " _____ р. № _____

Керівник органу охорони здоров'я _____ (підпис)

Голова атестаційної комісії _____ (підпис)

М.П.