

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ІМЕНІ

П. Л. ШУПИКА

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА ПРОХОДЖЕННЯ ЦИКЛУ

Кафедра КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Назва циклу _____

Який ЗВО закінчив (повна назва) _____

В якому році _____ Диплом (копія) серія № _____

Спеціальність в інтернатурі _____

Дата закінчення інтернатури _____

1. Прізвище І.Б. _____ *

2. Загальний лікарський стаж(повних років) _____

3. Попередній фах _____

4. Фах в теперішній час _____ **

5. Стаж роботи за фахом _____

6. Посада за місцем роботи _____

7. Атестаційна категорія (підкреслити) **НЕМАЄ, ДРУГА, ПЕРША, ВИША**

8. Мета (підкреслити) **ПІДТВЕРДЖЕННЯ** або **ПРИСВОЄННЯ**

9. УОЗ(відомство) _____

10. Місто або село (підкреслити) _____

11. Повна назва установи _____

12. Вид діяльності (№) за наказом №484 _____

13. Сумарна кількість балів за наказом №484 _____

Підпис декана факультету/ _____ ПІБ Бабінцева Л.Ю. ***
директора інституту

Підпис куратора циклу _____ ПІБ _____

* Прізвище, ім'я, по батькові – великими друкованими літерами

** Для лікарів, що мають кілька спеціальностей, вказується лише та, яка має відношення до данного циклу

*** тільки декан відповідного факультету

ОСОБОВА КАРТКА (КАФЕДРАЛЬНА)

ВСІ ПОЛЯ ЗАПОВНЮВАТИ УКРАЇНСЬКОЮ
МОВОЮ ТА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

1. П.І.Б. _____

2. Дата народження _____

3. Назва циклу: _____

4. Назва ВУЗу, факультет, дата закінчення _____

5. Серія _____ №диплома _____

6. Місце роботи _____

7. Посада _____

8. Стаж роботи в лаб.службі _____

9. Стаж роботи на останній посаді _____

10. Курси підвищення кваліфікації (місце,назва,рік) _____

11. Наявність категорії (яка, дата одержання, номер наказу) _____

12. На яку претендуєте _____

13. Адреса проживання _____

14. Дата прибуття на цикл _____

15. № путівки _____

16. № телефону _____

17. Де проживаєте під час навчання _____