

СОГЛАСОВАНО

Заведующий отделением:

«__» _____ 20__ года

Фамилия _____

Подпись _____

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель главного врача

«__» _____ 20__ года

Фамилия _____

Подпись _____

ЗАЯВКА
на ПЕРВИЧНОЕ получение привилегий

Ф.И.О.: _____
 СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: _____
 КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ: _____
 СТАЖ РАБОТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ: _____
 СТАЖ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: _____
 ОТДЕЛЕНИЕ: _____
 ДОЛЖНОСТЬ: _____

ПРИВИЛЕГИИ на ПРОЦЕДУРУ/ ОПЕРАЦИЮ (название)	Врач			Заведующий отделением		
	Самостоятельно	В ассистенции	Не владеет	Самостоя-тельно	В ассистен-ции	Не владеет

Підтверджую достовірність указанної інформації

Ф.И.О. заявителя: _____
«__»__ 20__ года

СОГЛАСОВАНО

Заведуючий відділенням:

«__»__ 20__ года

Фамілія

Підпись

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель главного врача

«__»__ 20__ года

Фамілія

Підпись

ЗАЯВКА
на **ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ** получение привилегий

- остается прежний список привилегий
- настоящим врач получает новые (дополнительные) привилегии
- настоящим врач лишается привилегий из прежнего списка

Ф.И.О.:

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ:

СТАЖ РАБОТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ:

ТРУДОУСТРОЙСТВО В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

ОТДЕЛЕНИЕ:

ДОЛЖНОСТЬ:

ПРИВИЛЕГИИ на ПРОЦЕДУРУ/ ОПЕРАЦИЮ (название)	Врач			Заведующий отделением		
	Самостоятельно	В ассистенции	Не владеет	Самостоя- тельно	В ассистен- ции	Не владеет
Получение дополнительных привилегий	Самостоятельно	В ассистенции	Не владеет	Самостоя- тельно	В ассистен- ции	Не владеет
Лишение прежних привилегий						

Подтверждаю достоверность указанной информации

Ф.И.О. заявителя: _____

« ____ » _____ 20__ года

СОГЛАСОВАНО

Старшая медсестра отделения:

«__» _____ 20__ года

Фамилия _____

Подпись _____

УТВЕРЖДАЮ

Главная медсестра

«__» _____ 20__ года

Фамилия _____

Подпись _____

**ЗАЯВКА
на ПЕРВИЧНОЕ присуждение компетенций**

Ф.И.О.: _____
 СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: _____
 КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ: _____
 СТАЖ РАБОТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ: _____
 ТРУДОУСТРОЙСТВО В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: _____
 ОТДЕЛЕНИЕ: _____
 ДОЛЖНОСТЬ: _____

Компетенции на процедуру (название)	Медсестра/медбрат			Старшая медсестра		
	Самостоятельно	В ассистенции	Не владеет	Самостоятельно	В ассистенции	Не владеет

Компетенции на процедуру (название)	Медсестра/медбрат		Старшая медсестра	
	Самостоятельно	В ассистенции	Самостоятельно	В ассистенции
		Не владеет		Не владеет

Подтверждаю достоверность указанной информации

Ф.И.О. заявителя: _____

« ____ » _____ 20__ года

СОГЛАСОВАНО

Старшая медсестра отделения:

«__» ____ 20__ года

Фамилия _____

Подпись _____

УТВЕРЖДАЮ

Главная медсестра

«__» ____ 20__ года

Фамилия _____

Подпись _____

ЗАЯВКА
на ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ присуждение компетенций

- остается прежний список компетенций
- настоящим медсестра/медбрат получает новые (дополнительные) компетенции
- настоящим медсестра/медбрат лишается компетенций из прежнего списка

Ф.И.О.:

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ:

СТАЖ РАБОТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ:

ТРУДОУСТРОЙСТВО В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

ОТДЕЛЕНИЕ:

ДОЛЖНОСТЬ:

Компетенции на процедуру (название)	Медсестра/медбрат			Старшая медсестра		
	Самостоятельно	В ассистенции	Не владеет	Самостоятельно	В ассистенции	Не владеет

