**Об утверждении Правил**

**проведения сертификации**

**менеджеров здравоохранения**

      В соответствии с пунктом 3 статьи 176 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Правила проведения сертификации менеджеров здравоохранения, согласно приложению к настоящему приказу.
2. Департаменту проектного управления Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:
3. государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
4. в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр правовой информации» для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;
5. размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;
6. в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.
7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Абишева О.А.
8. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Министр Е. Биртанов**

|  |
| --- |
| Приложение  к Приказу Министра здравоохранения  Республики Казахстан  от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. |

**Правила проведения сертификации менеджеров здравоохранения**

**Глава 1. Общие положения**

1. Настоящие Правила проведения сертификации менеджеров здравоохранения (далее – Правила) разработаны в соответствии с пунктом 3 статьи 176 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс) и определяют порядок получения сертификата менеджера здравоохранения.
2. В настоящих Правилах используются следующие понятия:
3. менеджер здравоохранения **–** специалист по управлению государственной организацией здравоохранения или возглавляющий отдельные направления деятельности организации здравоохранения (первый руководитель и его заместители);
4. сертификация менеджеров здравоохранения (далее – сертификация) – обязательная процедура для определения соответствия менеджеров здравоохранения к управленческой деятельности (управление государственной организацией здравоохранения), с выдачей им соответствующего сертификата менеджера здравоохранения.
5. претендент – физическое лицо, претендующий на получение сертификата менеджера здравоохранения в соответствии с настоящими Правилами.

3. Сертификация менеджеров проводится в целях определения готовности лиц, имеющих высшее образование, а также лиц, прошедших переподготовку кадров и (или) приобретших послевузовское образование, к управленческой деятельности медицинской организации.

Сертификация менеджеров здравоохранения осуществляется организациями, аккредитованными уполномоченным органом в соответствии с Правилами аккредитации в области здравоохранения, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127.

Наличие сертификата является обязательным требованием для руководителей государственных организаций здравоохранения и их заместителей.

**Глава 2. Порядок проведения сертификации**

**менеджера здравоохранения**

1. Порядок организации и проведения сертификации менеджера здравоохранения осуществляется согласно приложению 1 к настоящим Правилам.
2. Для получения сертификата претендент предоставляет в аккредитованную уполномоченным органом организацию следующие документы:
3. заявление в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП;
4. диплом о высшем образовании в сфере медицины, экономики и бизнеса (экономика, менеджмент или государственное и местное управление) или в сфере права (юриспруденция или международное право) ;
5. документ о послевузовском образовании;
6. документ, подтверждающий стаж работы;
7. свидетельство о перемене имени, отчества (при его наличии), фамилии или о заключении брака (супружества) или о расторжении брака (супружества), для лиц, изменивших имя, отчество (при его наличии), фамилию после получения документов об образовании.

К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется экземпляр нотариально заверенного перевода на казахском или русском языке (прохождение нострификации).

1. Срок выдачи сертификата менеджера здравоохранения составляет 5 рабочих дней с момента положительного решения членов экзаменационной комиссии, создаваемой аккредитованной организацией.
2. Сертификат менеджера здравоохранения оформляется аккредитованной организацией и выдается по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.
3. Сертификат действует на территории Республики Казахстан 5 лет со дня его выдачи, по истечении которого срок действие сертификата прекращается.
4. Основанием для отказа в выдаче сертификата являются:
5. получение претендентом отрицательного решения членов экзаменационной комиссии;
6. несоответствие представленных документов претендента, установленных пунктом 4 настоящих Правил.

1. **Заключительные положения**
2. Сертификация осуществляется за счет средств работодателя, личных средств претендента и иных источников.
3. Аккредитованная организация по сертификации менеджеров здравоохранения формирует и ежеквартально актуализирует базу данных, выданных сертификатов и направляет их в уполномоченный орган.
4. В случае утери или порчи сертификата менеджера здравоохранения заявителю выдается дубликат в течение двух рабочих дней со дня подачи заявления в аккредитованную организацию, согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

|  |
| --- |
| Приложение 1 к Правилам проведения сертификации менеджеров здравоохранения |

1. **Порядок организации и проведения сертификации менеджера здравоохранения**
2. Для регистрации на сертификацию претенденты представляют перечень документов, указанных в пункте 4 настоящих Правил.
3. Заявление и анкета претендента размещаются на официальном интернет-ресурсе аккредитованной организации, по форме согласно приложению 4.
4. После завершения процедуры регистрации, претенденту выдается регистрационная карта на прохождение сертификации, согласно приложению 5 к настоящим Правилам.
5. Процедура проведения сертификации состоит из 2 этапов:
6. тестирование;
7. решение ситуационных задач (кейс-тестинг).
8. Тестовые задания и ситуационные задачи разрабатываются аккредитованными организациями по согласованию с уполномоченным органом.
9. Претендентам при прохождении сертификации запрещается вносить в аудиторию принимающие - передающие электронные устройства (в том числе карманные персональные компьютеры и иное электронное оборудование), материалы, разговаривать с другими лицами, использовать информацию на бумажных и электронных носителях, покидать помещение без сопровождения представителя ответственного лица организации по оценке.
10. При нарушении вышеуказанных требований, составляется соответствующий письменный акт по форме согласно приложению 6, с последующим удалением претендента из помещения. Результаты сертификации лиц, нарушивших требования, аннулируются.
11. Помещение для сертификации оснащается камерами видеонаблюдения.
12. Претенденты допускаются к сертификации при предъявлении регистрационной карты и документа, удостоверяющего личность.
13. Вход (выход) претендентов в помещение для сертификации осуществляется с разрешения ответственного лица аккредитованной организации.
14. До начала сертификации, ответственное лицо аккредитованной организации проводит инструктаж кандидатов о порядке тестирования.
15. Тестирование претендентов состоит из следующих этапов:
16. психологический тест;
17. тестирование на определение уровня компетенций.

На этапе психологического теста проводится психометрическое измерение личностного потенциала претендентов. Данный тип тестирования направлен на определение личных качеств лица, претендующего на должность руководителя организации здравоохранения, таких как способность к аналитике, организованность, конкурентоспособность, командообразование, ориентация на качество, коммуникативность, этичность и целеустремленность.

Тестирование на определение уровня компетенцийдолжно включать в себя вопросы по следующим областям:

1. личная эффективность (четкое видение поставленных целей и задач, умение налаживать отношения с сотрудниками, развитые коммуникативные навыки, умение грамотно распоряжаться имеющими ресурсами);
2. управление процессами (обеспечение заданных показателей производительности, себестоимости, рентабельности, сроков выполнения задач, качество работы и знание законодательства Республики Казахстан);
3. управление ресурсами (правильное планирование, обеспечение необходимых закупок, поставок, распределение, учет, контроль трудовых и материально-технических ресурсов);
4. обеспечение качества (умение создавать необходимые условия для осуществления определенных задач, контроль качества, принятие решений, понимание требований потребителей, совершенствование).
5. Претендент может самостоятельно пройти предварительное пробное тестирование в аккредитованной организации. Для предварительного пробного тестирования используются тестовые задания, аналогичные по структуре, содержанию и степени сложности тестовым заданиям, предлагаемым при проведении сертификации.
6. Общее время тестирования одного претендента занимает 150 минут для 100 вопросов. Тестирование автоматически завершается по истечении выделенного времени, результат участника автоматически подсчитывается компьютерной программой и выводится на экран монитора.

Тестирование считается пройденным при условии, если претендент набрал не менее 80% от общего количества вопросов (пороговый уровень).

В случае не достижения порогового балла, кандидат может подать заявку на повторное тестирование. Повторное тестирование проводится не раннее тридцати календарных дней со дня прохождения предыдущей оценки.

По результатам достижения порогового уровня тестирования кандидат получает допуск ко второму этапу.

1. Кандидат, не преодолевший пороговый уровень для прохождения тестирования, к этапу по решению ситуационных задач не допускается.
2. Результат тестирования выдается претенденту сразу по завершению тестирования.
3. Решение ситуационных задач (кейс-тестинг) включает в себя решение ситуационных задач, целью которых является определение у претендентов уровня владения управленческими и профессиональными компетенциями по следующим областям: личная эффективность, управление процессами, управление ресурсами, обеспечение качества.

Решение ситуационных задач (кейс-тестинг) претендентами в отличие от тестирования позволяет оценить объём и качество знаний, умения анализировать конкретные ситуации, принимать решение в стандартных и нестандартных условиях (т.е. определить уровень профессиональной подготовленности оцениваемого кандидата).

1. Оценка по решению ситуационных задач проводится экзаменационной комиссией по программам, утвержденным аккредитованной организацией. Состав экзаменационной комиссии составляет нечетное число, но не менее трех членов.
2. Оценка по решению ситуационных задач осуществляется с использованием системы видео-аудио записи каждого кандидата. Записи архивируются и хранятся не менее 5 лет со дня прохождения оценки.
3. Результат прохождения кандидатом каждой задачи оценивается по балльной системе соответственно заявляемой категории. Прохождением задачи считается правильное выполнение кандидатом не менее 80 % практических навыков.
4. По результатам прохождения второго этапа сертификации, комиссией принимается одно из следующих решений: подтверждено и не подтверждено. Претенденты, не сдавшие кейс-тестинг, могут пройти ее повторно не ранее тридцати календарных дней, подав повторно заявку.
5. Сертификация менеджеров считается пройденной при условии успешного прохождения обоих этапов проведения сертификации менеджеров здравоохранения (тестирования и оценки практических навыков).

1. **Апелляционная комиссия**
2. Апелляционное заявление (далее – заявление) об обжаловании результатов сертификации подается секретарю экзаменационной комиссии, с обоснованием причины обжалования по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам.
3. Заявление кандидатом подается не позднее 3-х календарных дней со дня получения результатов сертификации.
4. Секретарь экзаменационной комиссии направляет заявление и экзаменационный материал (для аппеляции по результатам тестирования – тестовые вопросы с ответами; для апелляции по результатам оценки практических навыков – видео- и аудиозаписи оценки практических навыков) кандидата в апелляционную комиссию не позднее двух дней со дня регистрации апелляционного заявления.
5. Апелляционная комиссия создается на базе аккредитованной организации.
6. Составы апелляционных комиссий для рассмотрения результатов сертификации формируются из числа профильных специалистов в сфере экономики, юриспруденции и медицины.
7. Персональные составы апелляционных комиссий ежегодно утверждаются приказом руководителя аккредитованной организации.
8. Общее количество членов апелляционной комиссии составляет не менее 5 человек.
9. Апелляционная комиссия проводит заседание по рассмотрению заявлений в течение 15 рабочих дней со дня регистрации заявления в аккредитованной организации и выносит решение.
10. Решение апелляционной комиссии считается правомочным, если на заседании присутствовали не менее двух третей ее состава. Результаты голосования определяются большинством голосов членов апелляционной комиссии.
11. Копия решения апелляционной комиссии выдается претенденту.
12. При несогласии кандидата с решением апелляционной комиссии, кандидат имеет право обжаловать решение апелляционной комиссии в судебном порядке.

Приложение 2  
к Правилам проведения сертификации  
 менеджеров здравоохранения

Форма

Сертификат менеджера здравоохранения

Подтверждает, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при его наличии)*

действительно получил(-а) настоящий сертификат, характеризующий его профессиональную подготовленность для осуществления управления государственной организацией здравоохранения или юридическим лицом с государственным участием в сфере здравоохранения, или ее отдельных направлений

Приказ руководителя аккредитованной организации, вынесшего решение о его выдаче от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_

Сертификат действителен до «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Регистрационный № \_\_\_\_

Дата выдачи «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Приложение 3  
к Правилам проведения сертификации  
 менеджеров здравоохранения

Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование организации)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество)*

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при его наличии)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявка**

на выдачу дубликата ранее выданного сертификата Менеджера здравоохранения

Регистрационный номер

Все поля обязательны для заполнения.

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. |  |
| ИНН |  |
| Телефон (с кодом города) |  |
| Факс (с кодом города) |  |
| Электронная почта |  |
| Номер выданного сертификата |  |

В связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прошу выдать дубликат сертификата менеджера здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись заявителя        инициалы, фамилия заявителя*

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 4

к Правилам проведения сертификации  
 менеджеров здравоохранения

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование организации)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество)*

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при его наличии)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу Вас допустить меня к процедуре сертификации менеджера здравоохранения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подпись претендента

Форма

**Анкета кандидата**

1. **Общие данные**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Имя** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Отчество**  **(при его наличии)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Дата рождения** | год | | | | |  | | | | | | | | месяц | | |  | | день | |  |  |
|  |  | | | | |  | | |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | |
| **Возраст** |  | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Национальность** |  | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Пол** | мужской | | | | | | | |  | | женский | | | | |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Гражданство** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | |
| **Мобильный телефон** | +7 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Рабочий телефон** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Адрес электронной почты** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Данные удостоверения личности** | № | |  | | | | | | | | | | | | Кем выдан, дата | | | |  | | | | |

**II. Образование**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название учебного заведения и его местонахождение** | **Год поступления** | **Год окончания** | **Специальность** | **Квалификация**  **(№ диплома или удостоверения)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

**Сведения о прохождении интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры (при наличии медицинского образования)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название учебного заведения и его местонахождение** | **Год поступления** | **Год окончания** | **Специальность** | **Квалификация**  **(№ удостоверения)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

**Курсы повышения квалификации и переподготовки**

**за последние 5 лет**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название** | **Год прохождения** | **Количество часов** | **Место прохождения и № сертификата** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**III. Трудовая деятельность**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Место работы** | **Должность** | **Время пребывания на должности** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Прохождение процедуры сертификации менеджера**  **здравоохранения** |  | впервые |  | повторно |

Прочее\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 5

к Правилам проведения сертификации  
 менеджеров здравоохранения

Форма

**Регистрационная карта №\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| КОНФИДЕНЦИАЛЬНО. Заполняется лично претендентом ПРОСЬБА ЗАПОЛНЯТЬ РАЗБОРЧИВЫМ ПОЧЕРКОМ**.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Персональные данные** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФОТО |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Фамилия:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Паспортные данные:** | | | | | Дата выдачи | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Имя:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Кем выдан: | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Отчество:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Серия: |  | | | Номер: | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Дата рождения: | | | | | | |  | |  | | **.** | |  |  | **.** |  |  |  |  | Образование: | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование учебного заведения: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Домашний адрес: | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | **данные о месте работы претендента** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Краткое наименование организации: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Должность: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное наименование организации: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Юридический адрес: | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес: | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН организации: | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон (с кодом): | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Электронная почта: | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Подпись кандидата:** | |  | | **Дата заполнения:** | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЭКСПЕРТОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СЕРТИФИКАЦИИ:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Ссвидетельство №:** |  | **Дата сертификации:** | |  | **Срок действия до:** | |  | | |

Приложение 6

к Правилам проведения сертификации  
 менеджеров здравоохранения

Форма

**Акт о нарушении требований прохождения сертификации**

Мы, ниже подписавшиеся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице руководителя аккредитованной организации, действующего на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице претендента на получение сертификации менеджера здравоохранения, составили настоящий Акт о нарушении претендентом пункта 6 приложения 1 Правил проведения сертификации менеджеров здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Претендент не допускается к процедуре сертификации.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| ПРЕТЕНДЕНТ  *\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *подпись, ФИО* | РУКОВОДИТЕЛЬ АККРЕДИТОВАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись, ФИО*  М.П. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7  к Правилам сертификации  менеджеров здравоохранения |

Форма

Председателю

Апелляционной комиссии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование организации)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя отчество (при его наличии)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Апелляционное заявление**

С результатами оценки (тестирование/практические умения и навыки),

(нужное подчеркнуть)

не согласен по причине:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В этой связи, прошу Вас рассмотреть моё заявление на заседании Апелляционной комиссии и принять решение по данному вопросу.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Претендента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_