

Додаток 9
до Положення про навчання на циклах
спеціалізації та заходах безперервного
професійного розвитку працівників
сфери охорони здоров'я
(пункт 10 розділу VIII)

СЕРТИФІКАТ № _____
про проходження симуляційного тренінгу / тренінгу з оволодіння
практичними навичками

Видано _____

(прізвище, ім'я, по-батькові (за наявності))

(найменування провайдера заходів безперервного професійного розвитку, що видав сертифікат)

Назва тренінгу	Спеціальність / спеціальності, за якою / якими проводився тренінг	Тривалість тренінгу, годин	Кількість балів безперервного професійного розвитку, що нарахована*

*Зазначається відповідно до Критеріїв нарахування балів безперервного професійного розвитку, наведених у додатку 6 до Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 квітня 2025 року № 650, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 травня 2025 року за № 824/44230.

Перелік набутих практичних (клінічних) навичок:

Дата видачі «__» _____ 20 __ р.

Керівник провайдера заходів
безперервного професійного розвитку _____

(прізвище, власне ім'я, по-батькові (за наявності))
