

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ  
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

*И.А. Удальцов* 2024 г.

№ *295/03-пр*

г. Магадан

**О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения и  
демографической политики Магаданской области  
от 19 января 2024 г. № 19/03-пр**

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2023 г. № 458н «Об утверждении порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории», постановлением Правительства Магаданской области от 4 мая 2022 г. № 399-пп «Об утверждении Порядка разработки и утверждения административных регламентов предоставления государственных услуг в Магаданской области», постановлением Правительства Магаданской области от 9 января 2014 г. № 5-пп «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения и демографической политики Магаданской области» **приказываю:**

1. Внести следующие изменения в приказ министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области от 19 января 2024 г. № 19/03-пр «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Аттестация медицинских работников и фармацевтических работников Магаданской области» (далее – Административный регламент):

1.1. Пункт 20.1. подраздела 20 «Вариант 1. Аттестация медицинских работников и фармацевтических работников Магаданской области» раздела III «Состав, последовательность и сроки выполнения административных процедур Административного регламента» дополнить

подпунктом 20.1.4. следующего содержания:

«20.1.4. Квалификационные категории, присвоенные специалистам, действительны в течение пяти лет со дня их присвоения.

Специалисты вправе проходить аттестацию на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через два года со дня присвоения квалификационной категории.».

2. Раздел V. «Досудебный (внесудебный) порядок обжалования решений и действий (бездействия) органа, предоставляющего государственную услугу, многофункционального центра, организаций, указанных в части 1.1 статьи 16 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», а также их должностных лиц, государственных служащих, работников» изложить в следующей редакции:

**«V. Досудебный (внесудебный) порядок обжалования решений и действий (бездействия) органа, предоставляющего государственную услугу, многофункционального центра, организаций, указанных в части 1.1 статьи 16 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», а также их должностных лиц, государственных служащих, работников**

## **27. Способы информирования заявителей о порядке досудебного (внесудебного) обжалования**

27.1. Информация о порядке подачи и рассмотрении жалобы размещается на информационных стендах предоставления государственной услуги, на официальном сайте Министерства в региональной информационной системе «Открытый регион» ([www.minzdrav.49gov.ru](http://www.minzdrav.49gov.ru)), а также предоставляется в устной форме по телефону и (или) на личном приеме либо в письменной форме почтовым отправлением по адресу, указанному заявителем (представителем заявителя).

## **28. Формы и способы подачи заявителями жалобы**

28.1. Формы жалобы и способы ее подачи:

28.1.1. В форме документа на бумажном носителе - предоставляются непосредственно в Министерство;

28.1.2. В форме документа на бумажном носителе - направляются посредством почтового отправления в адрес Министерства;

28.1.3. В форме электронного документа - направляются на адрес электронной почты Министерства (minzdrav@49gov.ru).».

3. Приложение № 1 к Административному регламенту изложить в редакции в соответствии с приложением к настоящему приказу.

4. В таблице Приложения № 7 к Административному регламенту слова:

« Документ, подтверждающий осуществление медицинской деятельности - для педагогических и научных работников	Справка с места работы об осуществлении медицинской деятельности по заявленной специальности с указанием места работы и стажа работы по специальности	Предоставляется оригинал документа	Предоставляется оригинал документа / электронный образ документа	»
---	---	------------------------------------	--	---

заменить словами:


« Документы, подтверждающие осуществление медицинской деятельности - для педагогических и научных работников	Справка с места работы об осуществлении медицинской деятельности по заявленной специальности с указанием места работы и стажа работы по специальности	Предоставляется оригинал документа	Предоставляется оригинал документа / электронный образ документа
	Копия договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, производящей лекарственные средства, организацией,	Предоставляется копия документа, заверенная в соответствии с законодательством Российской Федерации	Предоставляется копия документа, заверенная в соответствии с законодательством Российской Федерации / электронный образ документа

	<p>осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья</p>		
--	---	--	--

».

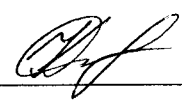
5. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию и распространяется на регулируемые правоотношения, возникшие с 01 января 2024 года.

И.о. министра



А.А. Каличкин

Согласовано:

Руководитель управления кадрово-правового и документационного обеспечения Комова О.А. 

Ознакомлены:

Сергина В.А. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

Приложение  
к приказу министерства здравоохранения  
и демографической политики  
Магаданской области  
от 18.07.2018 № 195/03-н/п

«Приложение 1  
к Административному регламенту  
предоставления государственной услуги  
«Аттестация медицинских работников  
и фармацевтических работников  
Магаданской области»

Председателю аттестационной комиссии

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество - полностью)

работающего по специальности

в должности \_\_\_\_\_

(место работы, согласно записи в трудовой  
книжке)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас присвоить (подтвердить) мне \_\_\_\_\_ квалификационную  
(указать Ф.И.О.)

категорию по специальности \_\_\_\_\_  
(указать)

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_ лет.

Квалификационная категория \_\_\_\_\_  
(указать, если имеется)

по специальности \_\_\_\_\_  
(указать)

Присвоена в \_\_\_\_\_ году.

Я, \_\_\_\_\_  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
фактическое проживание: \_\_\_\_\_,  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие министерству здравоохранения и демографической политики Магаданской области, зарегистрированной по адресу: 685000, г. Магадан, ул. Пролетарская 14, на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- адрес регистрации по месту жительства, фактического проживания;
- контактный телефон;
- паспортные данные; ИНН;
- должность, место работы, учебы;
- квалификационная категория по специальности;
- стаж работы по специальности;
- общий трудовой стаж;

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях предоставления государственной услуги «Аттестация медицинских и фармацевтических работников Магаданской области.

Согласие выдано сроком на \_\_\_\_\_.

Данное согласие может быть отозвано на основании моего письменного заявления, оформленного в произвольной форме.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_».