

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

## **АТЕСТАЦІЙНА СПРАВА**

Завідувача, професора, доцента, асистента кафедри  
(назва кафедри)

доктора медичних наук, кандидата медичних наук  
**прізвище, ім'я, по батькові**  
на підтвердження, (присвоєння) вищої, (першої, другої)  
кваліфікаційної  
категорії за спеціальністю «назва спеціальності»

Стаж роботи за фахом - \_\_\_\_ років

Полтава-201\_\_р.