

**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.