

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ



СЕРТИФІКАТ

**Сертифікат про присвоєння / підтвердження
професійної кваліфікації / рівня професійної
кваліфікації у сфері охорони здоров'я**

Серія 3М Номер 4197

Видано Баланська Оксана
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Юріївна

Назва професійної кваліфікації _____

психотерапевт

за спеціальністю „Психотерапія”

(назва спеціальності відповідно до Номенклатури спеціальностей та професійних кваліфікацій професіоналів та фахівців, які працюють у сфері охорони здоров'я)

Дата видачі 19.10.2025

Керівник закладу освіти / наукової установи

Юрія КОЛЕСНИК
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Голова атестаційної комісії /
керівник суб'єкта
проведення атестації

Віталія КУРИЛО
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Відомості про присвоєння професійної кваліфікації

1. Професійну кваліфікацію присвоєно згідно з дипломом про вищу або фахову передвищу освіту (заповнюється у разі присвоєння професійної кваліфікації згідно з дипломом):

МКД № 43461685 від 01.06.2018 ВМУРОЛ

(реквізити диплома про вищу або фахову передвищу освіту (серія, номер, дата видачі, найменування закладу, який видав диплом)

2. Професійну кваліфікацію присвоєно рішенням атестаційної комісії за результатами атестації на присвоєння професійної кваліфікації:

згідно наказу ректора ЗДМФУ № 493-і

(назва закладу вищої або фахової передвищої освіти/наукової установи, при якому / якій утворено атестаційну комісію)

від «19» 12 2025 року

Керівник закладу освіти / наукової установи

Юрій КОРАЕСНИК

(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Строк підтвердження професійної кваліфікації до

«19» 12 2030 року

Голова атестаційної комісії

керівник суб'єкта проведення атестації

Віталій КУРИЛО

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Відомості про підтвердження професійної кваліфікації

Професійну кваліфікацію підтверджено

«___» _____ 20__ року

Строк наступного підтвердження професійної кваліфікації до «___» _____ 20__ року

Відмовлено у підтвердженні професійної кваліфікації згідно з наказом

від «___» _____ 20__ року № _____

(потребує відновлення професійної діяльності з обмеженим доступом до професійної діяльності до її відновлення / без доступу до професійної діяльності до її відновлення*)

(найменування органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації)

Керівник органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Керівник кадрового підрозділу/голова атестаційної комісії

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

МП

* Необхідне – підкреслити

Відомості про видання нового сертифіката

Видано новий сертифікат серія _____ № _____

Дата видачі _____

Керівник закладу освіти / наукової установи _____

(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Голова атестаційної комісії /
керівник суб'єкта проведення атестації _____

(підпис)

МП

Примітки.

1. Цей сертифікат заповнюється відповідним суб'єктом проведення атестації за результатами атестації на присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації.

2. За заявою працівника сфери охорони здоров'я до сертифікату можуть бути перенесені дані з сертифіката лікаря-спеціаліста, фармацевта / провізора-спеціаліста, спеціаліста, посвідчення про кваліфікаційну категорію, які були видані до набрання чинності наказу, яким затверджено Порядок проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я. Таке перенесення засвідчується суб'єктом проведення атестації (підпис керівника кадрового підрозділу / голови атестаційної комісії та підпис керівника органу / організації / суб'єкта господарювання, який є суб'єктом проведення атестації, печаткою цього органу / організації / суб'єкта господарювання (за наявності)) під час атестації працівника на підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації або присвоєння рівня професійної кваліфікації.

3. Після отримання нового сертифіката, відомості про який містяться на цій сторінці, цей сертифікат вважається таким, що втратив чинність.

APOSTILLE * АПОСТИЛЬ
(Convention de La Haye du 5 octobre 1961
Гаазька Конвенція від 5 жовтня 1961 року)

1. Україна _____ Цей офіційний документ
2. підписаний Колесник Ю. М. _____
3. у якості керівник _____

4. містить проставлену печатку/штамп Запорізький
державний медико-фармацевтичний університет

Підтверджено

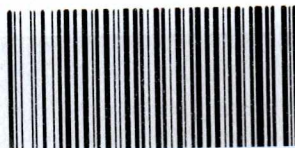
5. в м. Києві _____
6. дата 13.04.2026 _____
7. ким Альбіна Цятковська, генеральний директор _____
Міністерства освіти і науки України _____
8. № A-22144-26 _____
9. Печатка/штамп _____
10. Підпис  _____

Апостиль проставлено на документі, сертифікат, який
 4197 від 19.12.2025 р.

Даний апостиль засвідчує, що видачі документа
 справжність підпису та його вартість у відповідному випадку
 підписала освітній документ і, у відповідному випадку,
 відбиток печатки, яким скріплений офіційний документ.
 Апостиль не підтверджує зміст документа, на якому він
 проставлений.

Перевірка апостіля: <http://apostille.gov.ua>

AZ-8271-26



A-22144-26