

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
(ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России)

ПРИКАЗ

01.07.2025

№ 29

г. Благовещенск

Об утверждении локальных
нормативных актов

Во исполнение решения ученого совета от 01.07.2025 , протокол №19

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Регламент организации и проведения циклов дополнительного профессионального образования в ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (приложение к настоящему приказу).

2. Отменить действие Регламента организации и проведения циклов дополнительного профессионального образования в ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, утвержденного приказом от 17.12.2024 № 141 «Об утверждении локальных нормативных актов».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на проректора по непрерывному медицинскому образованию и развитию регионального здравоохранения И.Ю.Макарова.

4. Приказ вступает в силу с 01 сентября 2025 года.

И.о. ректора



И.В.Жуковец

РЕГЛАМЕНТ

организации и проведения циклов дополнительного профессионального образования в ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

1. Реализация программ ДПО осуществляется согласно приказу Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24.03.2025 № 266 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».

Минимальные сроки для программ ДПО составляют: 16 часов (для программ повышения квалификации), 250 часов (для программ профессиональной переподготовки).

2. При этом для специалистов, не соответствующих квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам, но имеющих непрерывный стаж работы по соответствующей специальности более 5 лет, приказом Минздрава России от 03.08.2012 №66н установлены следующие сроки обучения: для имеющих стаж работы от 5 до 10 лет — профпереподготовка трудоемкостью более 500 часов, для имеющих стаж работы 10 лет и более — повышение квалификации от 100 до 500 часов. Других требований к трудоемкости программ ДПО нормативными правовыми актами не установлено.

3. Ответственный за проведение цикла повышения квалификации и профессиональной переподготовки должны в день начала цикла должен сверить соответствие кафедрального списка прибывших на цикл слушателей с имеющимся в деканате заявками и приказом на зачисление;

4. При проведении циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета ответственный за проведения цикла предоставляет за 7 рабочих дней до начала цикла **заявку на цикл** (приложение №1) с указанием, что включена в педагогическую нагрузку кафедры с указанием списка преподавателей участвующими в проведении цикла. Если циклы не включены в основную нагрузку преподавателя, то предоставляется **заявление на разрешение педагогической нагрузки по данному циклу (приложение 2)**. После окончания цикла предоставить в течении 3-х дней **почасовые ведомости** (приложение №3).

При проведении циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки за счет средств приносящий доход деятельности ответственный за проведения цикла предоставляет за неделю до начала цикла **заявку на цикл** (приложение №1) с указанием, что включена в

педагогическую нагрузку кафедры с указанием списка преподавателей участвующими в проведении цикла. Если циклы не включены в основную нагрузку преподавателя, то предоставляется *заявление на разрешение педагогической нагрузки по данному циклу (приложение 2)*. После окончания цикла предоставить в течении 3-х дней *почасовые ведомости* (приложение №3).

5. Основными учетно-отчетными документами в системе дополнительного профессионального образования являются: *расписание, журнал учета посещаемости слушателей циклов ДПО, отчет о проведении цикла, протокол итоговой аттестации слушателей.*

5.1. *Расписание* – документ отражающий план-график, виды учебных занятий и преподавателей (Приложение №4). Расписание, согласованное заведующим кафедрой, подается для утверждения декану ФПДО в 2-х экземплярах, не позднее 7 рабочих дней до даты начала цикла. Расписание хранится в делах кафедры и деканата ФПДО в течение 5 лет. Ответственность за своевременность и правильность заполнения расписания несут ответственный за цикл и заведующий кафедрой.

5.2. *Журнал учета посещаемости слушателей циклов ДПО (Приложение №9)* является первичным учетным документом. Журнал заполняется ежедневно ответственным за цикл. Журнал может оформляться как в рукописной, так и в электронной форме с последующей распечаткой. В журнале отмечают состав слушателей по группам. В журнале отмечается вид учебной деятельности (лекция, практическое занятие), итоговая аттестация, фамилия преподавателя, количество академических часов. Ежедневное количество аудиторных занятий не должно превышать 6 академических часов на циклах ДПО. Оформленный журнал проверяется и утверждается заведующим кафедрой. Журналы кафедр ФПДО и кафедр лечебного факультета хранятся на кафедрах. Срок хранения журналов 5 лет. Ответственность за своевременное и правильное заполнение журнала лежит на ответственном за цикл и заведующим кафедрой.

5.3. *Отчет о проведении цикла (Приложение №8)* – является основным отчетным документом о проведенном цикле ДПО (согласно Приложения 5). Отчет оформляется согласовывается с заведующим кафедрой и сдается деканат ФПДО. Срок сдачи отчета не позднее 3-х рабочих дней после окончания цикла. Ответственность за своевременное и правильное заполнения отчета несут заведующие кафедр.

5.4 *Протокол итоговой аттестации* – документ (согласно Приложения 5,6,7), в котором отражаются результаты сдачи итоговой аттестации слушателей циклов ДПО. Протокол оформляется в 2-х экземплярах, подписывается членами экзаменационной комиссии и подаются в деканат в срок не позднее

3-х рабочих дней после даты проведения итоговой аттестации. Ответственность за своевременное и правильное заполнение протокола несут заведующий кафедры. Протокол хранится в делах кафедры и деканата ФПДО 10 лет.

Регламент вступает в силу 01 сентября 2025 года

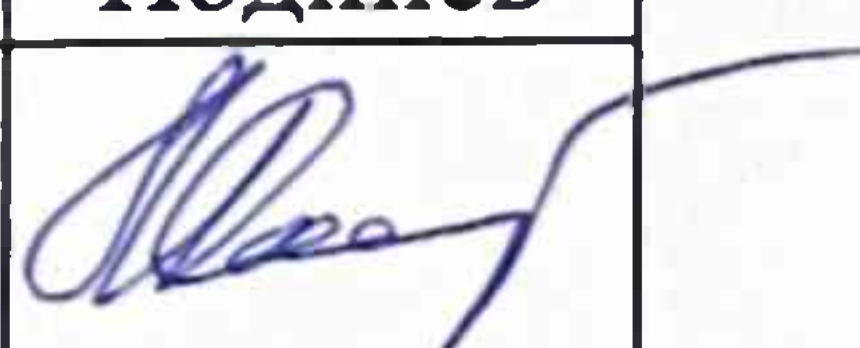
Разработал положение
Декан ФПДО _____



С.В. Медведева

« 11 » июня 2025г.

СОГЛАСОВАНО:

Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись
Проректор по непрерывному медицинскому образованию и развитию регионального здравоохранения	Макаров И.Ю.	30.06.25	
Начальник юридического отдела	Воронкова Т.Г.		

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ФГБОУ ВО
Амурская ГМА
Минздрава России

ЗАЯВКА

на проведение цикла
(повышение квалификации, профессиональная переподготовка)

ПК или ПП «.....»

наименование цикла

Период проведения с " " 2025 г. по " " 2025 г
продолжительность обучения кол-во часов

на кафедре
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России оплачиваемого за счет субсидий на финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ), доведённых по коду , для реализации дополнительных профессиональных программ повышения квалификации/ профессиональной переподготовки / за счет средств приносящий доход.

Прошу разрешить проведение обучения следующим преподавателям:

№ п.п.	ФИО преподавателя	Наличие ученой степени, ученого звания	Кол-во часов
1			
2			
3			
	ИТОГО		

Заведующий кафедрой
Подпись

ФИО

Декан ФПДО
Подпись

С.В. Медведева
ФИО

Ректору ФГБОУ ВО Амурская
ГМА Минздрава России

Сотрудника

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить мне педагогическую деятельность с почасовой оплатой труда
профессиональная переподготовка/ повышение квалификации по циклу
« _____ »

(указать наименование и срок проведения цикла)

Прошу оформить приказом по академии на _____ часа с почасовой оплатой труда
за счет выполнения государственного задания /за счет средств приносящий доход

« » 2025 г.

(Подпись)

Образование (номер диплома, кем и когда выдан) высшее

Адрес местожительства: _____

Дата рождения . № пенсионного с/с _____

Ученая степень Ученое звание

ИНН _____ Паспорт _____

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой _____ « ____ » _____ 2025г.

Декан ФПДО _____ С.В. Медведева « ____ » _____ 2025г.

ПОЧАСОВАЯ ВЕДОМОСТЬ
учёта работы преподавательского состава,
оплачиваемого из почасового фонда оплаты труда
за счет _____

за _____ 2025г.

Фамилия, имя и отчество преподавателя _____
Ученое звание и степень _____
Кафедра _____
Факультет последипломного образования _____
Пк или ПП " _____ " с _____. по _____ 2025г..

(Вид образования-повышение квалификации, профессиональная переподготовка, ординатура Название программы)									
Дата	Группа	Вид занятий (лекции, практические занятия, семинары, экзамены)	Количество выполненных работ						подпись преподавателя
			Профессиональная переподготовка	Повышение квалификации					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Всего часов:							

Итого часов
Заведующий кафедрой _____

Ответственный за организацию цикла _____
Декан факультета последипломного образования _____

С.В.Медведева

Распоряжение бухгалтерии:
Оплатить из почасового фонда за счет средств

Проректор по непрерывному медицинскому образованию и развитию регионального здравоохранения _____ И.Ю.Макаров

Главный бухгалтер _____

Отраб часов	Стоимчас	РК. ДК	Сумма к оплате

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Амурская государственная медицинская академия»

Кафедра _____

УТВЕРЖДАЮ
Декан факультета ФПДО

_____ С.В. Медведева
« __ » _____ 2025г.

Расписание
планового (дополнительного бюджетного/внебюджетного) цикла

(повышения квалификации/профессиональной переподготовки,
название цикла)

по специальности « _____ »

Сроки проведения цикла: с « __ » _____ 2025 по « __ » _____ 2025г. (_____ часов)

Дата	Время проведения занятий	Вид занятий (часы)	Тема занятия	Место проведения: наименование базы, адрес, аудитория	Ф.И.О. преподавателя
12.01.25	9.00-9.45	ПЗ (3)	Организационное собрание. Тема согласно учебного плана	АОКБ	Иванов И.И.
		Л(2)	Актуальные вопросы дисциплины	АОКБ	Сидоров В.В.
		С (1)

Ответственный за цикл _____ ФИО

Заведующий кафедрой _____ ФИО

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРОТОКОЛ № _____

заседания аттестационной комиссии по повышению квалификации (72, 36 и 18 часов)

« » _____ 20 25 г.

Председатель Заболотских Т.В.

Секретарь Дудник Л.С.

Члены комиссии _____

Повышение квалификации проводилось в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

с « » _____ 20 25 г. по « » _____ 20 25 г.

По ПК « _____ »

наименование программы дополнительного профессионального образования

в объеме _____

количество часов

За время обучения получены следующие результаты обучения

№ п/п	ФФНО слушателей	Результаты обучения						Выдано удостоверение №
		Посеще- мость, %	Присут- ствие, пунктов, оценка	Соблюда- емость, оценка	Решени- е вопросов, оценка	Тестиро- вание, %, правиль- ных ответов	Тестиро- вание, оценка	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

Подпись:

Председатель _____

Секретарь _____

Члены комиссии _____

ПРОТОКОЛ № _____
заседания аттестационной комиссии итоговой аттестации
по программам повышение квалификации (144ч)

« _____ » _____ 2025 г.

Председатель _____
Секретарь _____
Члены комиссии _____

Фамилия, имя, отчество специалиста
Прошел (а) повышение квалификации _____ в государственном бюджетном образовательном
учреждении высшего профессионального образования
«Амурская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
с « _____ » _____ 20 _____ г. по « _____ » _____ 20 _____ г.

наименование программы дополнительного профессионального образования
в объеме _____
количество часов _____

За время обучения сдал (а) экзамены и зачеты по основным дисциплинам программы:

Наименование	Количество часов	Оценка

Прошел (а) стажировку в (на) _____ ФГБОУ ВО Амурской ГМА Минздрава России
наименование предприятия _____

Выполнил (а) итоговую работу _____ организации, учреждения
на тему: «.....»
наименование темы _____

Замечания, рекомендации комиссии _____ успешно освоил (а) дополнительную профессиональную
программу повышения квалификации _____

Специалисту _____ фамилия, имя, отчество
выдать удостоверение о повышении квалификации
серия, № _____ от « _____ » _____ 2025 _____ г.

Подписи:
Председатель комиссии _____
Секретарь _____
Члены комиссии: _____

ПРОТОКОЛ № _____

заседания государственной аттестационной комиссии

« _____ » _____ 20 ____ г.

Председатель	
Ректор	
Секретарь	
Члены комиссии	

Фамилия, имя, отчество специалиста	
Прошел профессиональную переподготовку	в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования Амурская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации
с « _____ » _____ 20 ____ г.	по « _____ » _____ 20 ____ г.
по _____	
(наименование программы дополнительного профессионального образования)	
в объёме _____	
	количество часов _____

За время обучения сдал (а) зачеты и экзамены по следующим дисциплинам:

Наименование	Количество аудиторных часов	Оценка

Перечень заданных вопросов: 1) _____

2) _____

3) _____

Характеристика ответа на заданные вопросы: 1) даны полные ответы на поставленные вопросы _____

2) получены исчерпывающие ответы на вопросы _____

3) даны полные ответы на поставленные вопросы _____

Особые мнения __ отсутствуют _____

прошел (а) стажировку в (на)	ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России	
	наименование предприятия,	
	организации, учреждения	
защитил (а) аттестационную работу на тему	наименование темы	
замечания, рекомендации комиссии	успешно освоил(а) дополнительную профессиональную программу профессиональной переподготовки	
Государственная аттестационная комиссия решением от	« _____ » _____ 20 ____ г.	
удостоверяется право	(фамилия, имя, отчество)	
на ведение профессиональной деятельности в сфере	(наименование)	
специалисту	(фамилия, имя, отчество)	
выдан диплом о профессиональной переподготовке		
серия, № _____	от « _____ » _____ 20 ____ г.	

Подписи: Председатель комиссии _____ Члены

комиссии: _____ Ректор _____

Секретарь _____

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Амурская государственная медицинская академия»
Кафедра _____

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой
_____ Ф.И.О
« ____ » _____ 2025г.

ОТЧЕТ

о проведении цикла

Цикл ПП, ПК (подчеркнуть) _____
(название цикла)

Плановый, бюджетный, договорной, выездной (куда) _____ (подчеркнуть)

Количество слушателей, сроки и длительность обучения

Число курсантов	План		Кол-во	
	Выполнено	Зачислено выпущено	Кол-во	
			Кол-во	
	Обучение на договорной основе		Кол-во	
Начало цикла			Дата	
Окончание цикла			Дата	
Продолжительность цикла			часы	

Выполнение учебного плана без учета числа групп

Количество учебных часов							
	Всего	В том числе					
		лекции	Практические занятия	Симуляционное обучение	стажировка	ЭО и ДО	Итоговая аттестация
Дополнительные программы							
Всего							

Выполнение педагогической нагрузки штатными преподавателями кафедры и совместителями

Ф.И.О	Должность	Лекции	Практические занятия	Семинарские занятия	стажировка	экзамен	Всего
Итого							

Итоговые оценки:

«отлично» _____ %
«хорошо» _____ %
«удовлетворительно» _____ %

Приложение №9

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
(ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России)
ФАКУЛЬТЕТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА _____

ЖУРНАЛ

Наименование цикла по профессиональной переподготовке/повышение квалификации
« _____ »
Бюджет/внебюджетный цикл

Срок проведения:	с « ____ » _____ 2025г.
	по « » 2025г.

Список слушателей цикла

« _____ »

Расписание занятий повышение квалификации

« _____ », **часов**
(наименование цикла)

Срок проведения « » 2025г. по « ____ » _____ 2025г.

Дата	Тема занятий	Вид занятия	Время	Преподаватель	Место проведения
------	--------------	-------------	-------	---------------	------------------

Староста группы

Ответственный за проведение цикла:

Дата	Тема занятий	Вид занятия	Кол-во часов	Преподаватель	Роспись

Ответственный за цикл _____

Зав. каф. детских болезней ФПДО _____