



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Дубликат

СЕРТИФИКАТ СПЕЦИАЛИСТА

1177242234687

СЕРТИФИКАТ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ
ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА

Регистрационный №
2007-18609

Город
Москва

Дата выдачи
13 июля 2020 года

Настоящий сертификат
свидетельствует о том, что

ПЕТРОВ

Александр Семенович

Решением
экзаменационной комиссии при
Автономной некоммерческой организации
дополнительного профессионального образования
«Центральный многопрофильный институт»
протокол № 30/38520-М от 27 декабря 2018 г.

Допущен к осуществлению медицинской
или фармацевтической деятельности
по специальности (направлению подготовки)

Терапия

Сертификат действителен в течение 5 лет.

Председатель экзаменационной
(государственной аттестационной)
экзаменационной комиссии Тамбиев А. Х.
Ректор/Директор/Руководитель Тамбиев А. Х.
Секретарь Кравченко И. П.



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

№ № п/п	Наименование	Количество часов	Оценка
1.	Организация терапевтической помощи в РФ	36	отлично
2.	Теоретические основы внутренней патологии	56	отлично
3.	Болезни органов дыхания	60	отлично
4.	Болезни сердечнососудистой системы	56	отлично
5.	Ревматические болезни	60	отлично
6.	Болезни органов пищеварения	48	отлично
7.	Болезни почек	48	отлично
8.	Болезни органов кровообращения	48	отлично
9.	Эндокринные заболевания	60	отлично
10.	Интенсивная терапия и реанимация	32	отлично
12.	Немедикаментозные методы лечения	0	отлично
13.	Клиническая фармакология	0	отлично

Всего: 504 учебных часов



Руководитель Всервис Тамбиев А. Х.
 Секретарь Всервис Кравченко И. М.

Фамилия, имя, отчество **ПЕТРОВ**

Александр Семенович

имеет документ об образовании **высшем**
(высшем, среднем профессиональном)

С **01** **“** **октября** **2018** г. по **27** **“** **декабря** **2018** г.

прошел(а) профессиональную подготовку в (на) _____

Автономной некоммерческой организации Дополнительного профессионального
(наименование образовательного учреждения(подразделения))

образования «Центральный многопрофильный институт»

дополнительного профессионального образования)

по программе _____
(наименование программы) **Терапия**

дополнительного профессионального образования)

прошел(а) стажировку в (на) _____
(наименование предприятия,

организации, учреждения)

защитил(а) аттестационную работу на тему _____
(наименование темы)

«Болезни человека» _____