Зіґмунд Фройд
Університет Україна

USFU

СЕРТИФІКАТ

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

Серія КП-26 Номер 097

Видано
Білозору Сергію Васильовичу
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Назва професійної кваліфікації
клінічний психолог

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

Дата видачі 05 червня 2026р.

Керівник закладу освіти / наукової установи
Писаренко
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) (підпис)

Голова атестаційної комісії,
керівник суб'єкта
проведення атестації (підпис) М. П.

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):

М24 №038916 ВАБО 28.02.2024р

(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:

ТОВ. ЗГУУ наказ №14/к

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

від «05» червня 2026 року

Керівник закладу освіти /наукової установи

Писаренко Т.В _____

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

Строк підтвердження професійної кваліфікації до «04» 06 2031 року

Голова атестаційної комісії/
керівник суб'єкта
проведення атестації _____ М. П.

(підпис)

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

_____ _____

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

Керівник кадрового підрозділу /
голова атестаційної комісії

_____ _____

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

М. П.

* Необхідне — підкреслити