

## ПОРТФОЛИО

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста \_\_\_\_\_

Специальность, по которой проводится аккредитация \_\_\_\_\_

Уровень образования (высшее/среднее профессиональное) \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица \_\_\_\_\_

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (при наличии)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(в соответствии с данными, содержащимися в едином государственном реестре юридических лиц/едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей)

Занимаемая должность (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата формирования портфолио \_\_\_\_\_

1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.

№	Наименование программы повышения квалификации	Трудоемкость, часы	Реквизиты документа о квалификации	Период обучения	Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности
1					
2					

2. Сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (при наличии).

№	Наименование	Вид и реквизиты подтверждающего документа
1		
2		
3		

3. Отчет о профессиональной деятельности на \_\_\_ л.

Аккредитуемый

\_\_\_\_\_

/

\_\_\_\_\_ .

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

«Согласован»

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

(подпись и фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (уполномоченного заместителя руководителя) организации),  
МП (при наличии)

## ОТЧЕТ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии))

с \_\_\_\_\_

(указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(полное наименование организации в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц/едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей (при наличии))

для прохождения периодической аккредитации по специальности

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(личная подпись аккредитуемого)

Сведения об организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура)	
Наименование структурного подразделения, в котором аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, основные задачи и функции указанного структурного подразделения	
Стаж работы по специальности	
Описание выполняемой работы в соответствии с трудовой функцией	
Опыт работы, включая анализ профессиональной деятельности за отчетный период	
Повышение уровня знаний, умений, профессиональных навыков за отчетный период	
Выполнение функции наставника (при наличии)	
Квалификационная категория, ученая степень (при наличии)	
Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности	