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	