ПОРТФОЛИО

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Дата получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об 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)

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

Занимаемая должность (при наличии)

Дата формирования портфолио

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Наименование программы повышения квалификации | Трудоемкость, часы | Реквизиты документа о квалификации | Период обучения | Полное наименование организации, осуществляющей  реализацию образовательной деятельности |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Наименование | Вид и реквизиты подтверждающего документа |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3. Отчет о профессиональной деятельности на л.

Аккредитуемый / .

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение к портфолио

«Согласовано»

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (уполномоченного заместителя руководителя) организации), подпись, печать (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 |  |