**ПОРТФОЛИО**

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Уровень образование (высшее / среднее профессиональное)

Специальность (должность — для лиц с немедицинским образованием), по которой проводится аккредитация

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

(в соответствии с данными 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 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

* + - 1. Сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Наименование** | Трудоемкость, часы | **Вид и реквизиты подтверждающего документа** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

3.Отчет о профессиональной деятельности (мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| деятельности на |  |  |  | л. |

(лицам, имеющим квалификационную категорию, присвоенную в текущем году или году, предшествующему году подачи документов  
для прохождения периодической аккредитации, не заполняется)

Аккредитуемый /

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