

ПОРТФОЛИО

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

Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста

Уровень образования (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, 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	Трудоемкость, часы	Вид и реквизиты подтверждающего документа
1			
2			

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

(лицами, имеющими 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))