Приложение № 2

к особенностям проведения аккредитации

специалистов, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения РФ

от 21 января 2022 г. № 20н

**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 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. Отчет о профессиональной деятельности на |  | л. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Аккредитуемый |  | / |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

|  |
| --- |
| «Согласован» |
|  |
| (подпись и фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя |
|  |
| (уполномоченного заместителя руководителя) организации) |

М. П. (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 |  |