

## 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 \_\_\_\_\_

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

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))