**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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Отчет о профессиональной деятельности на л.

Аккредитуемый

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